



Στρατηγικές
Αναπτυξιακής
και Εφηβικής
Υγείας



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα



«Οικογενειακοί και πολιτισμικοί τροποποιητές της συσχέτισης της σεξουαλικής κακοποίησης με τη διαταραχή μετατραυματικού stress σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες: συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση»

Όνοματεπώνυμο: Μίντζια Σοφία

A.M: 20170105

Ιδιότητα: Ψυχολόγος

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

Ακαδημαϊκό Έτος: 2019-2020

Ημερομηνία: 30/4/2020

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Μέλος 1^ο: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Β' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

Μέλος 2^ο: Φλώρα Μπακοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Εφηβικής Ιατρικής & Επιστημονική Υπεύθυνη Ειδικού Κέντρου Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Κ.Ε.Ι.), Α' Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.

Μέλος 3^ο: Χαρά Σπηλιοπούλου, Καθηγήτρια Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Διευθύντρια Εργαστηρίου Ιατροδικαστικής και Τοξικολογίας.

Όνοματεπώνυμο: Μίντζια Σοφία

A.M: 20170105

Ιδιότητα: Ψυχολόγος

Επιβλέπων Καθηγητής: Θεόδωρος Ν. Σεργεντάνης

Ακαδημαϊκό Έτος: 2019-2020

Ημερομηνία: 30/4/2020

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ, ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή κύριο Θεόδωρο Σεργεντάνη, Ακαδημαϊκό Υπότροφο, Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Επιστημονικός Συνεργάτης Μονάδας Εφηβικής Υγείας (Μ.Ε.Υ.), Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς και την κυρία Άρτεμις Τσίτσικα, Διευθύντρια του ΠΜΣ «Στρατηγικές Ανάπτυξης Εφηβικής Υγείας» και Αναπληρώτρια καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την ανεκτίμητη επιστημονική υποστήριξη και καθοδήγησή τους, προκειμένου να διεξαχθεί η παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τις αξιότιμες κυρίες Μπακοπούλου και Σπηλιοπούλου, για την ευρύτερη πλαισίωση και υποστήριξη τους στο επιστημονικό μας έργο. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τις συναδέλφους Αικατερίνη Παπατουκάκη και Βασιλική Μπούμπα, για την εξαιρετική μας συνεργασία προκειμένου να διεξαχθεί και να ολοκληρωθεί επιτυχώς η παρούσα μελέτη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	1-3
---------------	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Το φαινόμενο της οικογενειακής βίας.....	4
1.2 «Το παιδί είναι ο πατέρας του ανδρός...». Ο φαύλος κύκλος της βίας.....	4
1.3 Ιστορική αναδρομή.....	5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 Διεθνής σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού.....	6
2.2 Εφαρμοσμένες στρατηγικές.....	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

3.1 Παιδί και εφηβεία.....	8
3.2 Το τραύμα σε παιδιά και εφήβους.....	9
3.3 Παιδική κακοποίηση.....	9
3.4 Σεξουαλική κακοποίηση σε παιδιά και εφήβους.....	10
3.5 Ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση.....	10
3.6 Αποπλάνηση παιδιών και εφήβων (Grooming).....	11
3.7 Φαινόμενο θυματοποίησης από συνομηλίκους.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Προστατευτικοί- επιβαρυντικοί συντελεστές στην εμφάνιση της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και εφήβων.....	12-14
---	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Τύποι σεξουαλικής κακοποίησης και επαναληψιμότητα κακοποιητικών επεισοδίων.....	14-15
---	-------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Ιατροδικαστική διερεύνηση κατόπιν σεξουαλικής κακοποίησης.....	15
6.2 Κλινικές ενδείξεις σωματικής κακοποίησης.....	15
6.3 Ψυχολογικές ενδείξεις κακοποίησης ανηλίκων.....	16-17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Φορείς παρέμβασης στην Ελλάδα.....	17
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS (PTSD)

8.1 Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια στον ενήλικο πληθυσμό.....	18-19
8.2 Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια σε παιδιά και εφήβους.....	19-21
8.3 Αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης μετατραυματικού stress-Μέθοδοι παρέμβασης....	
.....	21
8.3.1 Βιολογική προσέγγιση.....	21-22
8.3.2 Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση.....	22-23
8.4 Προστατευτικοί και επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση του μετατραυματικού stress.....	23-24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΥ ΥΠΟΒΑΘΡΟΥ

9.1 Σωματόμορφες διαταραχές.....	24-25
9.1.1 Διαταραχή μετατροπής.....	25-26
9.2 Αποσυνδεδετική διαταραχή.....	26-27
9.3 Διαταραχή μετατραυματικού stress και χρήση ουσιών.....	28

9.4 Σεξουαλική κακοποίηση και αυτοκτονικές συμπεριφορές.....	28-29
9.5 Κακοποίηση και κατάθλιψη.....	29-30
9.6 Διατροφικές διαταραχές και διάφοροι τύπου τραύματος.....	30
Επίλογος.....	30-31

Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ.....	31-33
-----------------------------	--------------

1.ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΕΣ

1.1 Ορισμός της κουλτούρας.....	33
1.2 Η κουλτούρα του τραύματος.....	33-35
1.3 Διαταραχή μετατραυματικού stress και πολιτισμικό υπόβαθρο.....	35-36
1.4 Επιδημιολογικά δεδομένα ανά τον κόσμο.....	36-38
1.5 Ο ρόλος του πολιτισμικού υπόβαθρου στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας.....	38

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΕΣ

2.1 Κακοποίηση εντός του οικογενειακού πλαισίου.....	38-39
2.2 Οι ρίζες της βίας στην ελληνική οικογένεια.....	39
2.3 Ο θύτης ως μέλος της οικογένειας.....	39-40
2.4 Θύτης και φύλο.....	40-41

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	41-42
-------------------------------	--------------

3.1 Συλλογή δεδομένων.....	42-43
3.2 Κίνδυνος συστηματικού σφάλματος.....	43-44
3.3 Στατιστική ανάλυση.....	44

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Κριτήρια επιλεξιμότητας ερευνών.....	44-45
--	-------

4.2 Χαρακτηριστικά ερευνών.....	45
4.2.1 Περιοχή, περίοδος έρευνας, σχεδιασμός, επανεκτίμηση (followup).....	45-46
4.2.2 Μέγεθος του δείγματος, ηλικία, χαρακτηριστικά, τόπος διεξαγωγής της έρευνας.....	46-47
4.3 Προσδιορισμός και κριτήρια σεξουαλικής κακοποίησης.....	47-48
4.4 Προσδιορισμός και κριτήρια της διαταραχής μετατραυματικού stress (PTSD).....	48-49
4.5 Θύτες σεξουαλικής κακοποίησης (μέλη της οικογένειας ή άγνωστοι θύτες)	49-51
4.6 Επαναληψιμότητα και υποκατηγορίες κακοποίησης.	51-52
Ηλικία του θύματος, συνύπαρξη άλλων ειδών κακοποίησης	
4.7 Διάρκεια διαταραχής μετατραυματικού stress, συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και ηλικία έναρξης.....	52
4.8 Ψυχιατρικές διαταραχές γονέων, χρήση αλκοόλ και ουσιών από τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά και τις οικογένειες τους.....	53
4.9 Συγγυτικοί παράγοντες πολυμεταβλητής ανάλυσης.....	53
4.10 Μετα-ανάλυση: παιδική σεξουαλική κακοποίηση και διαταραχή μετατραυματικού stress βάσει της γεωγραφικής καταγωγής.....	53-54
4.11 Αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνών-σφάλμα δημοσίευσης (publication bias)....	54-55
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	55-58
ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΑ.....	59-89
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90-97
ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ.....	98-100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	101-103

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κοινωνικό φαινόμενο της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και εφήβων έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό πολλούς και διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, καθώς η εμφάνιση του φαινομένου αυτού χαρακτηρίζεται ως εξαιρετικά συχνή ανά τον κόσμο. Πλήθος ερευνών επισημαίνουν ότι κάθε είδους θυματοποίηση (φυσική, σεξουαλική, ψυχολογική) έχει μακροπρόθεσμες και αρνητικές επιδράσεις, αφενός στη σωματική και αφετέρου στην ψυχική υγεία των θυμάτων. Η παιδική κακοποίηση αποτελεί ένα οδυνηρό κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο ενδέχεται να διαπράττεται εναντίον του ανηλίκου εντός οποιουδήποτε πλαισίου, μεταξύ αυτών και του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Η σωματική, σεξουαλική ή κάθε άλλου είδους κακοποίηση σε ενδο-οικογενειακό επίπεδο, έχει μεγάλες βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιδράσεις στην ψυχική υγεία του παιδιού και του εφήβου οι οποίες ενδέχεται να επηρεάσουν το θύμα και κατά την ενήλικη ζωή του. Χαρακτηριστικό φαινόμενο κατόπιν της κακοποίησης αποτελεί η εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών ή σχετικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων.

Βάσει των ερευνητικών δεδομένων μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό ότι ένας πρωταρχικός στόχος και βασική προτεραιότητα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, των Ηνωμένων Εθνών και πολλών άλλων φορέων προαγωγής υγείας και παιδικής προστασίας, για την επόμενη δεκαετία, αποτελεί η μείωση οποιασδήποτε μορφής κακοποίησης (σωματικής, λεκτικής, σεξουαλικής) εναντίον παιδιών και εφήβων, με σκοπό την τήρηση των Διεθνών Συμβάσεων αναφορικά με τα δικαιώματα του παιδιού και την εξυπηρέτηση του βέλτιστου συμφέροντος του. Σύμφωνα με τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού, κάθε ένα παιδί στον κόσμο ανεξαρτήτως του αναπτυξιακού σταδίου στο οποίο βρίσκεται έχει δικαίωμα στην απόλαυση του υψηλότερου επιπέδου υγείας εντός ενός ασφαλούς περιβάλλοντος (Protecting Children, 2020).

Η σεξουαλική κακοποίηση παιδιών και εφήβων αποτελεί κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο φαίνεται να επηρεάζει κάθε πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο ανεξαιρέτως, επιδρώντας βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα στη σωματική και την ψυχική υγεία των επιζώντων (Mathews, Sikweyiya & Jewkes, 2020). Είναι σημαντικό σε κάθε περίπτωση να λαμβάνεται υπόψη το πολιτισμικό πλαίσιο, καθώς σε κάθε πολιτισμικό ή κοινωνικό περιβάλλον ανά τον κόσμο, υπάρχουν αρκετές και σημαντικές τροποποιήσεις, αναφορικά με την παιδική κακοποίηση και το περιεχόμενο του ορισμού της. Οι διαφοροποιήσεις αυτές

οφείλονται στην εφαρμογή διαφορετικών νόμων, κανόνων, θεσμών και γονεϊκών πρακτικών εντός των διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων. Θετικό είναι το γεγονός ότι εντός αρκετών διαφορετικών πολιτισμών, φαίνεται να υπάρχει κοινή γραμμή ως προς το γεγονός ότι κάθε μορφή παιδικής κακοποίησης ή κακομεταχείρισης απαγορεύεται. Τέλος, υπάρχει πλήρης ομοφωνία ως προς τις σκληρές πειθαρχικές συνέπειες οι οποίες οφείλονται να υπάρχουν και να εφαρμόζονται σε κάθε νομικό και κοινωνικό καθεστώς, εναντίον των θυτών παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (The World Report on Violence and Health, 2020).

Η υφιστάμενη σεξουαλική κακοποίηση σε νεαρή ηλικία είναι άμεσα σχετιζόμενη με την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, όπως είναι η κατάθλιψη, το στρες, τα συμπτώματα αποσύνδεσης, το μετατραυματικό στρες, η χρήση ουσιών, η σεξουαλική δυσλειτουργία του υποκειμένου, η σωματοποίηση, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, καθώς και οι δυσκολίες σε κάθε είδους διαπροσωπική επικοινωνία και σχέση (Wolf and Pruitt, 2019).

Αδιαμφισβήτητο χαρακτηρίζεται το γεγονός ότι το ερευνητικό ενδιαφέρον τείνει να επικεντρώνεται στην εφαρμογή μεθόδων οι οποίες θα οδηγήσουν σε ακριβή διάγνωση του φαινομένου, σε εξειδικευμένη γνώση αναφορικά με τις ομάδες υψηλού κινδύνου, τους προστατευτικούς παράγοντες, καθώς επίσης και τις προληπτικές παρεμβάσεις οι οποίες ενδείκνυται να εφαρμόζονται για την έγκαιρη πρόληψη, διάγνωση και παρέμβαση. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση στη διερεύνηση των άμεσων ή έμμεσων συνεπειών, τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία των επιζώντων βίας, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να είναι σε θέση να τους παρέχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες και την κατάλληλη υποστήριξη άμεσα, προφυλάσσοντας τους από μελλοντικά συμβάντα επαναθυματοποίησης (Alaggia, Collin-Vézina and Lateef, 2017).

Αναφορικά με το μετατραυματικό stress, το φαινόμενο αυτό φαίνεται να έχει τις ρίζες του στις απαρχές της ανθρώπινης ύπαρξης, υιοθετώντας ανά εποχή και κοινωνία διαφορετικούς τρόπους έκφρασης. Ανέκαθεν, η ανθρώπινη έκθεση σε κάποιου είδους τραύμα, αποτελούσε μία συνθήκη η οποία δεν ήταν εφικτό να αποφευχθεί επιτυχώς με κάποιο τρόπο. Σε περιπτώσεις επίθεσης από κάποιο άγριο ζώο ή κάποιας άλλης επίθεσης εναντίον του ανθρώπου, προκαλούνταν παρεμφερείς ψυχολογικές αντιδράσεις, και τα ανθρώπινα όντα προσπαθούσαν να αμυνθούν, ενεργοποιώντας ανάλογους ενστικτώδεις μηχανισμούς επιβίωσης (Matthew J. Friedman, National Center for PTSD, 2020).

Κατά την περίοδο του Πρώτου και του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου γίνονται οι πρώτες αναφορές σε συμπτωματολογία ανάλογη της διαταραχής μετατραυματικού stress, η οποία ονομαζόταν «νεύρωση πολέμου» ή «νευρικό σοκ». Η συμπτωματολογία της διαταραχής μετατραυματικού stress ενδέχεται να εμφανιστεί σε κάθε άνθρωπο, ανεξαρτήτως πολιτισμικού, ηλικιακού, φυλετικού ή εθνικού υπόβαθρου (Psychiatry.org, 2009). Ήδη από την περίοδο του 1980 δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη μεθόδων αποτελεσματικής αξιολόγησης των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού stress, με αποτέλεσμα την δημιουργία αξιόπιστων και έγκυρων ψυχομετρικών εργαλείων.

Βάσει των προαναφερθέντων διαφαίνεται ότι πολλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι δύναται να επηρεάσουν στην εμφάνιση συμπτωμάτων όπως είναι εκείνα της διαταραχής μετατραυματικού stress κατόπιν της σεξουαλικής κακοποίησης. Στην παρούσα μετα-ανάλυση διερευνήθηκαν εστιασμένα ο ρόλος του φύλου στην εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού stress κατόπιν σεξουαλικής κακοποίησης, ο ρόλος της επαναληψιμότητας της σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και της επίδρασης που ασκούν τα διαφορετικά είδη κακοποίησης που έχει υποστεί το υποκείμενο. Επιπλέον, διερευνήθηκε η επίδραση σημαντικών τροποποιητών όπως είναι ο οικογενειακός παράγοντας, μέσω της αναφοράς στο φαινόμενο της κακοποίησης από κάποιο μέλος της οικογένειας, καθώς επίσης και η επίδραση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών του θύτη (π.χ. οικογενειακό μέλος ή όχι, γνωστό η άγνωστο πρόσωπο, ηλικία, φύλο) κατά τη συντέλεση του κακοποιητικού συμβάντος. Τέλος, αναλύθηκε η επίδραση που διαδραματίζει ο παράγοντας της γεωγραφικής-πολιτισμικής καταγωγής του θύματος, ως προς την εμφάνιση και την έκφραση σχετικών συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress. Πιο συγκεκριμένα διερευνήθηκε ο βαθμός στον οποίο η ύπαρξη της σεξουαλικής κακοποίησης θα επηρεάσει στην εκδήλωση των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress σε παιδιά και εφήβους, ανάλογα με την πολιτισμική προέλευση των επιζώντων, καθώς και τη γεωγραφική περιοχή (ήπειρο) στην οποία διεξήχθη η εκάστοτε έρευνα που συμπεριλαμβάνεται στην παρούσα μετα-ανάλυση. Στην παρούσα εργασία θα αναλυθούν εκτενώς και εστιασμένα ο παράγοντας της γεωγραφικής-πολιτισμικής καταγωγής του θύματος και τα επιμέρους χαρακτηριστικά του θύτη (φύλο και σχέση με το θύμα) ως πιθανοί τροποποιητές στην εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού stress.

1.1 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΙΑΣ

Αρκετά επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η παιδική κακοποίηση εντός της οικογένειας αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο το οποίο δείχνει να ακολουθεί ανοδική πορεία στο πέρασμα του χρόνου. Η κακοποίηση μεταφράζεται με τη μορφή της σωματικής αλλά και συναισθηματικής βίας προς το ανήλικο τέκνο, καθώς και το έμμεσο συναισθηματικό τραύμα που προκαλείται στο παιδί όταν γίνεται το ίδιο μάρτυρας της ενδοοικογενειακής βίας, είναι πολύ έντονο και διαχρονικό στη ζωή του. Τα πρώιμα τραυματικά βιώματα του παιδιού, εντός του οικογενειακού του συστήματος δύναται να επηρεάσουν σημαντικά τόσο την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, όσο και την πιθανή εμφάνιση ποικίλων διαταραχών της ψυχικής υγείας κατά την ενήλικη ζωή τους.

Υπάρχουν αναμφίβολα ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση του φαινομένου της κακοποίησης και τις συνθήκες που την προδιαθέτουν. Εξαιρετικά σημαντικός είναι ο ρόλος που διαδραματίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γονέων και η παρουσία ψυχοπαθολογίας στους γονείς. Τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά των γονέων συνθέτουν ένα μοναδικό συστημικό περιβάλλον το οποίο μπορεί να οδηγήσει στη γενικότερη δυσλειτουργία της οικογένειας, η οποία θα έχει ποικίλες επεκτάσεις στη ζωή των μελών της, μία από τις σημαντικότερες είναι η εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στα παιδιά της οικογένειας (Το παιδί είναι ο πατέρας του ανδρός: Παιδική κακοποίηση και μελλοντική ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας («Περιοδικό Ψυχιατρική»)).

1.2 «ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΠΑΤΕΡΑΣ ΤΟΥ ΑΝΔΡΟΣ...» Ο ΦΑΥΛΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ

Η υπαρκτή και πολύπλοκη επίδραση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των γονέων στην ανάπτυξη του ψυχισμού των παιδιών τους, μπορεί να ενισχύσει και να συμβάλει στην ερμηνεία του φαινομένου της διαγενεακής μετάδοσης της κακοποίησης και του φαύλου κύκλου της βίας. Σύμφωνα με τη συστημική θεώρηση η μη επιτυχημένη προσπάθεια για επικοινωνία στην οικογένεια είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες που προδιαθέτουν την πιθανή εμφάνιση βίας. Χαρακτηριστικά της μη επιτυχούς-δυσλειτουργικής επικοινωνίας αποτελούν η περιορισμένη λεκτική εκφραστικότητα και συναισθηματική απόκριση, η μειωμένη ανοχή των υποκειμένων στην κριτική και η ερμηνεία αυτής ως κάτι απειλητικό που προκαλεί συναισθήματα φόβου. Λόγω όλων των προαναφερθέντων, το άγχος

εντείνεται και οδηγεί σε σταδιακή και έντονη κλιμάκωση της διαφωνίας, η οποία τελικώς εκφράζεται ως βία.

Σε κάθε περίπτωση η σύνθετη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας των γονέων και των προτύπων αλληλεπίδρασης που ακολουθεί η οικογένεια, ενδέχεται να οδηγούν σε μη αποτελεσματική επικοινωνία, η οποία εντείνει περαιτέρω τα χαρακτηριστικά της οικογένειας τα οποία έχουν ήδη επιβαρυντική χροιά, και τελικά κατόπιν κλιμάκωσης οδηγούν σε εκδηλώσεις βίας. Σύμφωνα με μια σχετική θεώρηση, αυτά τα πρότυπα επικοινωνίας μεταδίδονται συνήθως διαγενεακά σε παιδιά που έχουν υποστεί βία. Με αυτόν τον τρόπο διαιωνίζονται οι προϋποθέσεις της βίας, τοποθετώντας πλέον τα ίδια τα θύματα στη θέση του θύτη. Βάσει των προαναφερθέντων, φαίνεται ότι υπάρχει πραγματική ανάγκη για πρόληψη, πιθανότατα μέσω της ψυχολογικής εκπαίδευσης των γονέων ή μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας των παιδιών και των εφήβων που έχουν υποστεί μορφές βίας και φέρουν ψυχολογικά τραύματα, διατηρώντας την ελπίδα ότι μέσω αυτών θα σπάσει ο φαύλος κύκλος της βίας και τα θύματα δεν θα μετατραπούν σε θύτες εντός των δικών τους οικογενειών («Περιοδικό Ψυχιατρική»).

1.3 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Φαινόμενα βίας ή κακοποιητικών συμπεριφορών εντοπίζονται ήδη κατά την αρχαιότητα. Σύμφωνα με την ελληνική μυθολογία η Ήρα όντας θυμωμένη από τις απάτες που διέπραττε εις βάρος της ο Δίας, ξεσπούσε στο γιό της Ήφαιστο πετώντας τον από τον Όλυμπο. Ο Ήφαιστος σύμφωνα πάντα με τους σχετικούς μύθους έτρεφε πολύ αρνητικά συναισθήματα για τη μητέρα του. Επιπλέον, τα αρνητικά του βιώματα τα μετέφερε και στον γάμο του με την Αφροδίτη. Βάσει του μύθου γίνεται εύκολα αντιληπτή η σημασία και ο ρόλος των βιωμάτων και των προτύπων στην κακοποίηση, καθώς αρκετά συχνό φαινόμενο αποτελεί η παρατήρηση ενός «φαύλου κύκλου» και μίας μορφής ανακύκλωσης της βίας. Το κακοποιημένο παιδί ή άτομο, εμφανίζει αρκετές πιθανότητες να μετατραπεί εύκολα από θύμα σε θύτη, ασκώντας βία σε άλλους ανηλίκους (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., 1982).

Σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια η θυσία των παιδιών κατά τα αρχαία χρόνια, αποτελούσε κάτι σύνηθες και κοινωνικά αποδεκτό όταν γινόταν για θρησκευτικούς λόγους. Στην αρχαία Ελλάδα και στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία παρατηρούνται και αναφέρονται σχετικά φαινόμενα. Η βρεφοκτονία ή η εγκατάλειψη βρέφους αποτελούσαν με τη σειρά τους συνήθεις αντιδράσεις σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το παιδί ήταν εκτός γάμου, είχε κάποια

αναπηρία ή ήταν του αντίθετου φύλου από το επιθυμητό. Το 1962 ο Αμερικανός παιδίατρος Henry Kempe, προσπάθησε να περιγράψει ένα συγκεκριμένο συνδυασμό παιδικών κακώσεων, με συμπεριφορές γονέων ή φροντιστών των παιδιών, αναλόγως των κοινωνικών συνθηκών εντός των οποίων διαβίωναν (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., 1998).

2.ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1 ΔΙΕΘΝΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού ψηφίστηκε από τα Ηνωμένα Έθνη στις 20/11/1989 και ενσωματώθηκε στο Δίκαιο όλων των κρατών μελών εξαιρουμένων της Σομαλίας και των ΗΠΑ. Η Σύμβαση επικυρώθηκε και στην Ελλάδα με τον Νόμο 2101/1992.

Σύμφωνα με τις διατάξεις της Διεθνούς Συμβάσεως για τα Δικαιώματα του Παιδιού, η εκάστοτε Πολιτεία οφείλει να εφαρμόζει νόμους και πολιτικές προστασίας των παιδιών, με στόχο την εξυπηρέτηση του βέλτιστου συμφέροντος του παιδιού. Οι γονείς και οι κηδεμόνες των παιδιών οφείλουν να τα προστατεύουν βοηθώντας τα να αναπτύξουν τις ικανότητες και τις δεξιότητες τους στο βέλτιστο βαθμό, γνωστοποιώντας τους παράλληλα τα θεμελιωμένα δικαιώματα τους, όπως είναι το δικαίωμα για ζωή, για όνομα, ιθαγένεια, ταυτότητα, επικοινωνία και ζωή με τους γονείς (αν είναι σε θέση οι ίδιοι να το φροντίσουν), οικογενειακή επανένωση σε περίπτωση που οι γονείς βρίσκονται σε άλλη χώρα. Επιπλέον, τα παιδιά έχουν δικαίωμα ελεύθερης έκφρασης και γνώμης, επιλογής θρησκείας, ιδιωτικής ζωής και πληροφόρησης. Επιπλέον, οι γονείς και οι κηδεμόνες έχουν την ευθύνη να τα προστατεύουν από κάθε μορφή βίας, κακοποίησης, προσβολής ή παραμέλησης. Τα παιδιά πρόσφυγες που έχουν φύγει από την πατρίδα τους λόγω κινδύνων, έχουν ίσα δικαιώματα με τα υπόλοιπα παιδιά. Τα παιδιά με αναπηρίες έχουν το δικαίωμα να διαβιούν υπό αξιοπρεπείς και ασφαλείς συνθήκες. Τέλος, όλα τα παιδιά έχουν το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης («ΕΛΙΖΑ - Εταιρία Κατά Της Κακοποίησης Του Παιδιού»).

Εντός της ελληνικής κοινωνίας η ψήφιση του Νόμου 3500/2006 κατά της ενδοοικογενειακής βίας, χαρακτηρίζεται ως μεγίστης σημασίας καθώς απαγορεύει τη σωματική βία ή κάθε άλλου είδους ασέλγεια εντός του οικογενειακού πλαισίου («Άρθρο 03 – Τροποποιήσεις Του ν. 3500/2006 | Υπουργείο Δικαιοσύνης»).

2.2 ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ

Το ελληνικό κράτος κατά το έτος 2007 επικύρωσε την απόφαση του Συμβουλίου της Ευρώπης, αναφορικά με την παιδική κακοποίηση. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα απόφαση προβλέπονται αλλαγές στο επίπεδο της πρόληψης, μέσω της εφαρμογής αυστηρών ποινών για τους δράστες σεξουαλικής κακοποίησης, ποινές για οποιονδήποτε διαμεσολαβεί ή συγκαλύπτει θέματα κακοποίησης ή εμπορίας ανηλίκων, δίνοντας την απαιτούμενη έμφαση στην προστασία του παιδιού με την εφαρμογή υψηλών κριτηρίων και της αρμόζουσας προσοχής. Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, η ψήφιση του Νόμου 3500/2006 κατά της ενδοοικογενειακής βίας, χαρακτηρίζεται ως μεγίστης σημασίας καθώς απαγορεύει τη σωματική βία ή κάθε άλλου είδους ασέλγεια εντός του οικογενειακού πλαισίου, θέτοντας ένα σημαντικό νομικό «οχυρό» προστασίας των δικαιωμάτων των παιδιών και όλων των μελών μίας οικογένειας.

Αυτή η εξέχουσα σημασίας νομική αλλαγή αφορά σε διατάξεις οι οποίες αφορούν στη συναισθηματική κακοποίηση, τη δευτερογενή κακοποίηση και τις αυστηρότερες ποινές αναφορικά με την σωματική κακοποίηση. Συγκεκριμένα προβλέπεται ποινή κάθειρξης από ένα έως και δέκα έτη, σε περίπτωση πρόκλησης σωματικής ή διανοητικής αναπηρίας, κατόπιν επίθεσης σε άτομο το οποίο δεν είναι σε θέση να αντισταθεί. Για την περίπτωση της συναισθηματικής κακοποίησης εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, προβλέπεται κάθειρξη έως και δέκα έτη για μέλος της οικογένειας το οποίο προκαλεί σωματικό ή ψυχικό πόνο σε ανήλικο. Ποινή φυλάκισης προβλέπεται τέλος, για τον ενήλικα ο οποίος τρομοκρατεί τον ανήλικο ή του προκαλεί ανησυχία μέσω απειλών εγκατάλειψης ή τον εκθέτει σε σκηνικά βίας ή του ασκεί οποιαδήποτε μορφή βίας (Ν. 3500/2006).

Σύμφωνα με αναφορές του υπουργείου Παιδείας, Πολιτισμού, Αθλητισμού και Νεολαίας της Κύπρου, πραγματοποιήθηκε Υπουργικό Συμβούλιο το 2015 λόγω της σοβαρότητας και της έλλειψης ανοχής ως προς το φαινόμενο. Σύμφωνα με το σχετικό Συμβούλιο τον Μάρτιο του 2016, πραγματοποιήθηκε η ολοκλήρωση και δημοσιοποίηση της Εθνικής Στρατηγικής, αναφορικά με την καταπολέμηση του φαινομένου της κακοποίησης (σωματικής, ψυχολογικής, σεξουαλικής) και της παραμέλησης ή οποιασδήποτε άλλης μορφής εκμετάλλευση, όπως το φαινόμενο της έκθεσης ή της εκάστοτε εμπλοκής των ανηλίκων σε υποθέσεις πορνογραφίας, η οποία θέτει σε κίνδυνο κάθε ανήλικο, παραβιάζοντας διεθνή δικαιώματα προστασίας ανηλίκων («Συντονιστική Επιτροπή Αγωγής Υγείας Και Πολιτότητας, 2016»).

«Όλα τα παιδιά (πρέπει) να έχουν την ευκαιρία να μεγαλώσουν σε συνθήκες ασφάλειας, με όλα τα εφόδια, έτσι ώστε να μπορέσουν να αναπτύξουν υγιείς σχέσεις, χωρίς να χρειαστεί να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε μορφή σεξουαλικής εκμετάλλευσης ή κακοποίησης, ελεύθερα από κάθε μορφή σεξουαλικής βλάβης» (σελ.2).

Οι εθνικές στρατηγικές για την απαλοιφή του φαινομένου εστιάζουν ιδιαίτερα στο πεδίο της ενημέρωσης, της εκπαίδευσης, καθώς και της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης των μαθητών και των μαθητριών, στοχεύοντας στην ευαισθητοποίηση και την αναγνώριση του φαινομένου. Τελικός και ιδιαίτερα σημαντικός στόχος είναι η ενδυνάμωση των μαθητών, μαθητριών και εκπαιδευτικών αναφορικά με το σημαντικό και καθοριστικό πεδίο, της αναγνώρισης και της αναφοράς σχετικών περιστατικών ή καταστάσεων κακοποίησης και βίας.

Είναι γεγονός ότι ο ρόλος των εκπαιδευτικών και του σχολικού πλαισίου χαρακτηρίζεται ως ιδιαίτερα σημαντικός και καθοριστικός στην όλη διαδικασία, δεδομένου ότι τα παιδιά καταναλώνουν τον περισσότερο χρόνο τους σε καθημερινή βάση εντός του σχολείου. Επιπλέον, οι δάσκαλοι και οι καθηγητές οφείλουν να έχουν ουσιαστική επικοινωνία με τα παιδιά, ώστε να δημιουργούν ένα γόνιμο έδαφος για συζήτηση και εμπιστευτικότητα, ακολουθώντας πάντοτε τα πρωτόκολλα του σχολικού πλαισίου στο οποίο εργάζονται. Οι εκπαιδευτικοί διαθέτοντας πάντοτε την κατάλληλη ενημέρωση και επιμόρφωση, είναι σε θέση να εντοπίσουν χαρακτηριστικά σημάδια κακοποίησης που φέρουν οι ανήλικοι μαθητές και να προβούν σε σχετική καταγγελία ή αναφορά του περιστατικού.

3. ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

3.1 ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ

ΠΑΙΔΙ

Σύμφωνα με τη Διεθνή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού ως «παιδί» ορίζεται κάθε αγόρι ή κορίτσι από 0 έως και 18 ετών χωρίς καμία διάκριση καθώς όλα τα παιδιά είναι ίσα («ΕΛΙΖΑ - Εταιρεία κατά της Κακοποίησης του Παιδιού»).

ΕΦΗΒΕΙΑ

Η εφηβεία αποτελεί μία ιδιαίτερη περίοδο στην αναπτυξιακή πορεία του ανθρώπου. Αρκετά συχνά η προσοχή όλων επικεντρώνεται στις σταδιακές αλλαγές των εφήβων, οι οποίοι μέρα με τη μέρα τείνουν να διαφοροποιούνται ολοένα και περισσότερο από τα παιδιά,

χωρίς ωστόσο να δίνεται έμφαση ή προσοχή στις ομοιότητες που αποκτούν σταδιακά οι έφηβοι με τους ενήλικες. Υπάρχουν επιστημονικές προσεγγίσεις οι οποίες θεωρούν ότι η εφηβεία αποτελεί απλώς μία φυσιολογική συνέχεια της παιδικής ηλικίας, η οποία σταδιακά οδηγεί το άτομο στην ενηλικίωση.

Την ίδια στιγμή εμφανίζονται άλλες προσεγγίσεις, σύμφωνα με τις οποίες η εφηβεία αποτελεί ένα αυτοτελές και ξεχωριστό «ενδιάμεσο στάδιο» που μεσολαβεί μεταξύ παιδικής ηλικίας και ενηλικίωσης. Στην ανάγκη που προκύπτει να δοθεί ένας όσο το δυνατόν σαφέστερος ορισμός, ο όρος εφηβεία αναφέρεται «στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου, η οποία σχετίζεται εν μέρει με τις βιοσωματικές αναπτυξιακές διαδικασίες, με αυτό δηλαδή το οποίο ορίζουμε ως «ήβη». Η ήβη εμφανίζεται κατά δύο χρόνια νωρίτερα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Η εφηβεία χαρακτηρίζεται από αρκετές αλλαγές στην ανάπτυξη του ατόμου, με τελικό στόχο το να οδηγηθεί ο έφηβος και η έφηβη, στη σταδιακή και υγιή ανεξαρτησία τους από τους γονείς, διαμορφώνοντας τη δική τους μοναδική προσωπικότητα και ταυτότητα (Τσίτσικα, Α. & Γιωτάκος, Ο., 2016).

3.2 ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Κατά την παιδική και εφηβική ηλικία κάθε είδους τραύμα ή τραυματική εμπειρία, ενδέχεται να κλονίσει σε βάθος τον ψυχισμό του ανηλίκου επηρεάζοντας παράλληλα τη σωματική και γνωστική του ανάπτυξη. Το παιδί ενδέχεται να βιώνει δυσκολίες με ψυχοκοινωνικού υπόβαθρου εξαιτίας των επώδυνων και ξαφνικών αλλαγών που έχει επιφέρει στη ζωή του το τραυματικό γεγονός (κακοποίηση, φυσική καταστροφή, πόλεμος). Κατά την περίοδο αυτή τα παιδιά θέτουν ένα φρένο ως προς την ψυχοσυναισθηματική τους εξέλιξη και ωρίμανση και παράλληλα κατακλύζονται από έντονα συναισθήματα ενοχής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα των ερευνών αναφορικά με τη δύναμη του συλλογικού τραύματος, κατά το οποίο ένα τραυματικό γεγονός ενδέχεται να επηρεάσει όχι μόνο το ίδιο το άτομο, αλλά και άλλες ομάδες όπως είναι η οικογένεια ή η ευρύτερη κοινωνία. Κάθε συλλογικό τραύμα το οποίο σχετίζεται με ένα συλλογικό τραυματικό συμβάν, ενδέχεται να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική, συναισθηματική και ψυχική υγεία των παιδιών και των εφήβων (Γιωτάκος, Ο. & Πεκκρατέ, Β., 2006).

3.3 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Σύμφωνα με τους ορισμούς οι οποίοι χρησιμοποιούνται σε 58 χώρες παγκοσμίως σχετικά με την παιδική κακοποίηση και παραμέληση, η Διεθνής Κοινότητα Πρόληψης της

Παιδικής Κακοποίησης και Παραμέλησης σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας προχώρησαν στον ακόλουθο ορισμό:

«Η παιδική κακοποίηση ή κακομεταχείριση, συμπεριλαμβάνει κάθε είδους φυσική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση, παραμέληση ή εμπορική και κάθε άλλου είδους εκμετάλλευση, η οποία μπορεί δυνητικά να προκαλέσει βλάβη στην υγεία, επιβίωση και αξιοπρέπεια του παιδιού» (Protecting Children, 2020).

3.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Στην παρούσα μελέτη ως παιδική σεξουαλική κακοποίηση (Child Sexual Abuse) βάσει του ορισμού της Αμερικανικής Ψυχολογικής Εταιρείας (American Psychological Association, 2011) θεωρήθηκε κάθε είδους εξαναγκαστική ή υποχρεωτική σεξουαλική δραστηριότητα με έναν ανήλικο, η οποία περιλαμβάνει σεξουαλική κακοποίηση με την παρουσία ή μη, άμεσης σωματικής επαφής, σεξουαλική παρενόχληση ή βιασμό. Η σεξουαλική κακοποίηση ανηλικού αφορά σε ένα ευρύ φάσμα σεξουαλικών ενεργειών από το βιασμό έως και τις μη διεισδυτικές μορφές κακοποίησης, όπως είναι για παράδειγμα η επίδειξη των γεννητικών οργάνων ή η θέαση πορνογραφικού υλικού (Παπαδόδημα, Σ., Σακελλιιάδης, Ε.Ι., Σπηλιοπούλου Χ., 2006).

Η σεξουαλική κακοποίηση αφορά κάθε ανήλικο ανά τον κόσμο, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, εθνικότητας, οικονομικού ή κοινωνικού υπόβαθρου. Στην πλειοψηφία τους τα παιδιά κακοποιούνται από ένα άτομο το οποίο συνήθως γνωρίζουν ή εμπιστεύονται. Η συχνότητα σεξουαλικής κακοποίησης είναι 1 στα 6 αγόρια και 1 στα 4 κορίτσια πριν την ηλικία των 18 ετών (APA, 2011).

3.5 ΕΝΔΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

Ως «ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού» ορίζεται κάθε μορφή σεξουαλικής δραστηριότητας ή πράξης, όπως για παράδειγμα ο βιασμός, η ασέλγεια, η θωπεία και η έκθεση σε πορνογραφικό υλικό, με την παράλληλη παρουσία ή μη άλλων μορφών βίας, εναντίον κάποιου ανηλικού, η οποία προκαλείται από κάποιο ενήλικο μέλος της οικογένειας του (Λάγγαρη Β., 2006).

3.6 ΑΠΟΠΛΑΝΗΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ (GROOMING)

Καθώς διανύουμε μία εποχή ταχύτατης εξέλιξης της τεχνολογίας δεν μπορούμε σε καμία περίπτωση να αγνοήσουμε το πώς ενδέχεται να επηρεάζει η εξέλιξη των τεχνολογικών μέσων και η πλήρης εξοικείωση των παιδιών και των εφήβων με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης την πιθανή αποπλάνηση ή παρενόχληση τους μέσω του διαδικτύου.

Ο ορισμός της αποπλάνησης (grooming) καθώς αποτελεί συχνό και δημοφιλές πεδίο έναρξης αρκετών συμβάντων κακοποίησης αξίζει να αναφερθεί. Ο όρος αφορά στη συστηματική ψυχοσωματική αποευαισθητοποίηση του ανήλικου θύματος, από πλευράς του ενήλικου θύτη, μέσω της δημιουργίας κατάλληλων συνθηκών όπως είναι για παράδειγμα η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και αποδοχής, οι οποίες θα διευκολύνουν την προσέγγιση του θύματος (Bennett and O'Donohue, 2014). Σύμφωνα με σχετική έρευνα η οποία βασίστηκε στις αναφορές ενηλίκων που είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά ως ανήλικοι, υπάρχουν τρεις βασικές κατηγορίες αποπλάνησης ανηλίκων: ο προφορικός εξαναγκασμός, η αποπλάνηση που βασίζεται στη χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ και τέλος η χρήση βίας και εκφοβισμού (Wolf and Pruitt, 2019).

Η περίοδος της εφηβείας αποτελεί μία ιδιαιτέρως κρίσιμη περίοδο για την εμφάνιση του φαινομένου αυτού. Οι έφηβοι μέσω της χρήσης του διαδικτύου αρκετές φορές προσπαθούν να ικανοποιήσουν ανάγκες της ηλικιακής περιόδου που διανύουν, όπως είναι για παράδειγμα η αναζήτηση νέων επαφών καθώς και η ικανοποίηση της περιέργειας που χαρακτηρίζει την ηλικία τους. Επιπλέον, το διαδίκτυο μπορεί να προσφέρει στους εφήβους άμεσες και γρήγορες πληροφορίες ή λύσεις στα προβλήματα τους, ή ακόμη και να αποτελέσει μέσο αποφυγής συναισθημάτων ανίας (Τσίτσικα, Α. & Τζαβέλα, Ε., 2014).

Τέλος, είναι γεγονός ότι η παρατεταμένη χρήση του διαδικτύου ενδέχεται να οδηγήσει στην έκθεση των παιδιών σε ακατάλληλο περιεχόμενο όπως για παράδειγμα το πορνογραφικό υλικό. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση των παιδιών σε ανάλογα ερεθίσματα, οδηγεί στην εξοικείωση τους με αυτά. Ωστόσο, μία τέτοιου είδους έκθεση και εξοικείωση ενδέχεται να επηρεάσει σοβαρά τόσο την ψυχοκοινωνική όσο και την σεξουαλική ανάπτυξη των εφήβων. Λόγω των υψηλών επιπέδων ανωνυμίας που προσφέρει το διαδίκτυο, δημιουργεί ένα γόνιμο έδαφος για τους ενήλικες οι οποίοι προσπαθούν να προσεγγίσουν ανηλίκους, με σκοπό την αποπλάνηση τους. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα της ευρωπαϊκής έρευνας EUNETADB (<http://www.eunetadb.eu>, 2012) οι έφηβοι επικοινωνούν στο διαδίκτυο με άγνωστα πρόσωπα

σε ποσοστό 63%. Από το προαναφερθέν ποσοστό, οι μισοί ανήλικοι προχωρούν σε συνάντηση με τα πρόσωπα αυτά σε φυσικές συνθήκες, αναφέροντας ότι η εμπειρία αυτή τους προκάλεσε αναστάτωση. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον και έκπληξη προκαλεί το γεγονός ότι οι γονείς δεν γνωρίζουν για τη συνάντηση του ανηλίκου σε ποσοστό 70%.

3.7 ΘΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΥΣ

Εξίσου επιβαρυντική χροιά ως προς την εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, καθώς και έντονου κοινωνικού στίγματος φαίνεται να έχει και το φαινόμενο της σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων από άλλους συνομήλικους τους (Cantón-Cortés et al., 2011). Σύμφωνα με τα ευρήματα της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης των Tener και Katz (2019) οι σεξουαλικές επιθέσεις από συνομηλίκους εντοπίστηκαν σε ποσοστό 17.8% σε κορίτσια και 3.1% σε αγόρια. Τα αναφερόμενα ποσοστά υποδηλώνουν μεγαλύτερη ευαλωτότητα των κοριτσιών αναφορικά με τον συγκεκριμένο τύπο σεξουαλικής κακοποίησης σε πλαίσια συνομηλίκων (Tener and Katz, 2019). Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις σύμφωνα με έρευνα που υλοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο της Ισπανίας, οι οποίες υποστηρίζουν βάσει κλινικών δεδομένων, ότι στην περίπτωση που ένας ανήλικος έχει υποστεί βία από έναν ενήλικα, υπάρχουν αρκετές πιθανότητες να έχει υπάρξει θύμα σεξουαλικής ή άλλου είδους κακοποίησης από κάποιο συνομήλικο του. Στις περισσότερες περιπτώσεις η θυματοποίηση από έναν ενήλικα, προμηνύει την πρότερη θυματοποίηση του από άλλον συνομήλικο του, κυρίως με τη χρήση φυσικής ή ψυχολογικής βίας, με τη δεύτερη να εμφανίζεται σε ποσοστό 71%, ως η βασικότερη και επικρατέστερη μορφή έκδηλης βίας σε πλαίσια συνομηλίκων (Cerezo and Pérez-García, 2019).

4. ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ-ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία κατά τις περιπτώσεις όπου το άτομο (παιδί ή έφηβος) λαμβάνει υποστήριξη από την οικογένεια ή τους φίλους του και διαθέτει το εξαιρετικά σημαντικό υποστηρικτικό του δίκτυο, η εμφάνιση των καταθλιπτικών ή και άλλων συμπτωμάτων κατά την ενήλικη ζωή τείνει να μειώνεται. Ο σημαντικότερος προστατευτικός παράγοντας σε αυτή την περίπτωση φαίνεται να είναι η αίσθηση ή η εκτίμηση από πλευράς του παιδιού, ότι λαμβάνει υποστήριξη συνειδητά και ασυνείδητα, τόσο μέσω της λεκτικής όσο και μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώθηκε κυρίως σε ομάδες γυναικών σύμφωνα με σχετικές έρευνες των Powers et. al. (2009). Γενικότερα, η

ύπαρξη του υποστηρικτικού πλαισίου μπορεί να δράσει προστατευτικά σε αρκετές περιπτώσεις και να παρεμποδίσει την εμφάνιση κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής του ατόμου (Αβραμικά, Μ., Λαφαζάνη Π, Στεφανούδη, Ε., 2013).

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες οι οποίοι ενοχοποιούνται αναφορικά με την καλλιέργεια γόνιμου εδάφους για την εμφάνιση περιστατικών σεξουαλικής κακοποίησης εναντίον παιδιών και εφήβων. Έναν από τους σημαντικότερους συντελεστές αποτελεί το φύλο, καθώς τα κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες να υποστούν σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία, σε σχέση με τα αγόρια. Ακολουθεί ο ηλικιακός παράγοντας, ο οποίος φαίνεται να έχει εξέχουσα σημασία, καθώς παιδιά έως την ηλικία των 12 ετών χαρακτηρίζονται ως εξαιρετικά ευάλωτα.

Επιπλέον, ομάδα υψηλού κινδύνου αποτελούν τα άτομα με νοητική ή άλλη φυσική αναπηρία (τύφλωση, νοητικές δυσλειτουργίες ή ψυχιατρική διαταραχή). Το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο φαίνεται να επηρεάζει εξίσου τόσο τα φαινόμενα σωματικής κακοποίησης ή παραμέλησης, όσο και περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων όπως αποδεικνύουν τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα. Μείζονος σημασίας αναφορικά με την εμφάνιση περιστατικών βίας, καθώς και την εκδήλωση σχετικών συμπτωμάτων, φαίνεται να είναι η φυλετική και η εθνοτική καταγωγή του ανηλίκου.

Στη βάση της πυραμίδας βρίσκεται ο ρόλος και οι μέγιστες επιδράσεις που φαίνεται να έχει η δομή της οικογένειας στην οποία διαβιεί ο ανήλικος. Άτομα που έχουν υποστεί συνεχιζόμενη σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων έχουν ανατραφεί σε ακατάλληλα ή αναποτελεσματικά οικογενειακά περιβάλλοντα. Αυτό οδηγεί σε αδιαμφισβήτητα μεγαλύτερη έκθεση των παιδιών αυτών σε περιστατικά εκμετάλλευσης ή κακής μεταχείρισης, τα οποία έχουν αρνητικές και σοβαρές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των ανηλίκων (Gold, Hyman and Andrés-Hyman, 2004).

Στα πλαίσια της δομής της οικογένειας σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα αποτελεί αναμφίβολα ο θάνατος ή η φυσική απουσία του ενός ή και των δύο γονέων του ανηλίκου. Οι γονείς αποτελούν τους βασικούς προστατευτικούς παράγοντες στη ζωή ενός παιδιού. Η απουσία του ενός ή και των δύο γονέων, καθιστά κάθε ανήλικο ιδιαίτερος εκτεθειμένο ή ευάλωτο στο να υποστεί κάποιο είδος βίας ή κακοποίησης. Το παιδί καθίσταται ακόμη πιο ευπαθές, σε περίπτωση κατά την οποία μετά την απώλεια των γονέων, δεν υπάρχει ασφαλές και κατάλληλο υποστηρικτικό δίκτυο, στο οποίο να μπορέσει να ενταχθεί. Η

παρουσία πατριού εντός της οικογένειας, αυξάνει δραματικά τις πιθανότητες για τα κορίτσια να υποστούν σεξουαλική κακοποίηση εντός της οικογενειακής τους εστίας.

Συνοψίζοντας άλλοι επιπλέον παράγοντες άρρηκτα συνδεδεμένοι με το οικογενειακό πλαίσιο, φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά την ενίσχυση της ευαλωτότητας των παιδιών. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες είναι η ύπαρξη ψυχικής ή σωματικής νόσου των γονέων, η χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, η σταθερή και συχνή απουσία της μητέρας, τα σοβαρά προβλήματα και οι έντονες διαμάχες μεταξύ των γονέων, η κοινωνική απομόνωση, καθώς και η έντονα τιμωρητική στάση και προσέγγιση των γονέων προς τα παιδιά τους (Putnam, 2003).

Τέλος, είναι ιδιαιτέρως σημαντικό το να τονίσουμε την σπουδαιότητα του εντοπισμού συγκεκριμένων παραγόντων οι οποίοι δρουν προστατευτικά ή επιβαρυντικά στην εμφάνιση ψυχολογικών συνεπειών σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Αυτό θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη επίγνωση αναφορικά με τις κατάλληλες στρατηγικές ή προγράμματα παρέμβασης, τα οποία θα πρέπει να εφαρμοστούν σε περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης. Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό να λαμβάνουμε υπόψη μας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε παιδιού, το είδος της κακοποίησης που έχει υποστεί, καθώς και τις συνθήκες κατά τις οποίες έλαβε χώρα το περιστατικό της κακοποίησης του ανηλίκου (Αβραμικά, Μ., Λαφαζάνη Π, Στεφανούδη, Ε., 2013).

5. ΤΥΠΟΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Αξιοσημείωτο παράγοντα, ο οποίος δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να αγνοηθεί, κυρίως όταν αναφερόμαστε σε περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών και εφήβων, καθώς και στην μετέπειτα εκδήλωση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress, αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο κακοποιήθηκε το υποκείμενο. Πιο συγκεκριμένα οι βασικοί τύποι σεξουαλικής κακοποίησης, οι οποίοι είναι οι πιο συχνά αναφερόμενοι στα ερευνητικά δεδομένα αναφέρονται σε φυσική σεξουαλική κακοποίηση με σωματική επαφή (κολπική, πρωκτική, στοματική διείσδυση) (Hidalgo et al., 2015), κακοποίηση βασισμένη στη χρήση πορνογραφικού υλικού, άγγιγμα των γεννητικών οργάνων ή φιλί (Ward et al., 2018), καθώς και σε λεκτική σεξουαλική κακοποίηση ή βιασμό (Munzer, Fegert & Goldbeck, 2016).

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες σε περιπτώσεις σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων στην πρώτη θέση των τρόπων κακοποίησης βρίσκεται το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων (fondling) σε ποσοστό 76.7%. Ακολουθεί, με αισθητά χαμηλότερο ποσοστό η προσπάθεια

διείσδυσης (4.3%) και με ποσοστό 19% η κακοποίηση μέσω ολοκληρωμένης μορφής διείσδυσης. Επιπλέον, αναφορικά με τα άτομα τα οποία αναφέρουν ότι έχουν υποστεί κακοποίηση ένα αξιοσημείωτο ποσοστό της τάξης του 66.5%, αναφέρουν ότι έχουν υπάρξει θύματα πολλαπλών επεισοδίων σεξουαλικής βίας, με το 84% του συνόλου να αποτελείται από πληθυσμό κοριτσιών (Ullman, 2007). Ενδιαφέρουσα θα ήταν η παρατήρηση αναφορικά με τα επίπεδα εκδήλωσης συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας, όπως για παράδειγμα διαταραχής μετατραυματικού stress, αποσυνδεδετικής διαταραχής, σωματοποιητικής διαταραχής ή άλλων διαταραχών όπως η εμφάνιση διαταραχών προσωπικότητας κατά την ενηλικίωση του ατόμου. Βάσει των ερευνητικών αναζητήσεων δεν υπάρχει ικανοποιητικό ποσοστό ερευνών οι οποίες να εστιάζουν στη συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένου τύπου σεξουαλικής κακοποίησης και εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικού stress ή άλλων ψυχοπαθολογικών ενδείξεων.

6.1 ΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Το στάδιο κατά το οποίο θα πραγματοποιηθεί η ιατροδικαστική εξέταση του ανηλίκου που έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, χαρακτηρίζεται ως ιδιαίτερος απαιτητικό, σημαντικό και χρήζει λεπτότητας κατά την προσέγγιση και την συνδιαλλαγή με το παιδί. Η ήδη υφιστάμενη κακοποίηση του παιδιού, χαρακτηρίζεται ως εξαιρετικά τραυματική. Λόγω αυτού οποιαδήποτε επαναπροσέγγιση σχετικά με το συμβάν της κακοποίησης χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, ώστε να αποφευχθεί με κάθε τρόπο ο περεταίρω τραυματισμός του ψυχισμού του παιδιού (Παπαδόδημα, Σ., Σακελλιιάδης, Ε.Ι., Σπηλιοπούλου Χ., 2006).

6.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Νικολαΐδη βασικά σημάδια της σωματικής κακοποίησης αποτελούν τα ακόλουθα:

- σωματικές εκδορές
- δαγκώματα
- διαστρέμματα
- εγκαύματα
- δηλητηριάσεις

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι δημιουργούν υποψίες αναφορικά με την απόκρυψη κάποιου είδους κακοποίησης αποτελούν οι ακόλουθοι:

- ασαφή σημεία κατά λήψη ιστορικού
- καθυστέρηση στην αναζήτηση βοήθειας
- αβέβαιη περιγραφή ή ερμηνεία των κακώσεων από την πλευρά του παιδιού

6.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ

Σημαντικός παράγοντας ανίχνευσης της ύπαρξης σεξουαλικής ή άλλων ειδών κακοποίησης σύμφωνα με τον καθηγητή Γ. Νικολαΐδη αποτελούν οι ψυχολογικές ενδείξεις-εκφάνσεις, οι οποίες υπονοούν αρκετά συχνά την ύπαρξη περιστατικών κακοποίησης των παιδιών. Κάποιες από τις βασικότερες ψυχολογικές ενδείξεις της κακοποίησης, οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά σημάδια ανίχνευσης είναι οι ακόλουθες:

- διαταραχές στον ύπνο και στη συμπεριφορά του παιδιού-εφήβου
- διαταραχές της όρεξης
- κοινωνική απόσυρση και καταθλιπτικά συμπτώματα
- επιθετική συμπεριφορά
- έκπτωση της σχολικής επίδοσης
- μη τήρηση της σωματικής υγιεινής

Παιδιά και έφηβοι που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση εντός του οικογενειακού τους περιβάλλοντος ενδέχεται να εμφανίζουν σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, απότομες εναλλαγές στη διάθεση τους, έντονη κοινωνική απόσυρση, παραβατικότητα, εναντιωματική συμπεριφορά, αδυναμία συγκέντρωσης σε ένα έργο, καθώς και πολλών ειδών φοβικές ή άλλες μη λειτουργικές συμπεριφορές. Η διαταραχή μετατραυματικού stress, αποτελεί συχνό φαινόμενο κατόπιν της κακοποίησης. Τα θύματα 1 έως 4 ετών εμφανίζουν παλινδρόμηση σε πρώιμα αναπτυξιακά στάδια, υπερβολική προσκόλληση στη μητρική φιγούρα και φοβικές αντιδράσεις ως προς τις ανδρικές φιγούρες. Κατά την περίοδο της εφηβείας η προσπάθεια του έφηβου να αυτονομηθεί και να μεταβεί στην ενήλικη ζωή παρεμποδίζεται όταν ο έφηβος κακοποιείται σεξουαλικά εντός της οικογένειάς του. Ο έφηβος οδηγείται σε ποικίλα αδιέξοδα και ενδοψυχικές συγκρούσεις.

Οι εσωτερικές συγκρούσεις των εφήβων και το άγχος που προκύπτει από τα περιστατικά κακοποίησης που βιώνουν οδηγεί στην προβολή προς τα έξω μέσω εκδραμάτισης. Αυτό οδηγεί στην συχνή εκδήλωση αντιδράσεων όπως είναι η απόπειρες αυτοκτονίας, οι παραβατικές και αντικοινωνικές συμπεριφορές, η χρήση ουσιών, οι διαταραχές διατροφής ή η σεξουαλική συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από υψηλή

επικινδυνότητα. Ο έφηβος ή η έφηβη βιώνουν έντονα συναισθήματα ενοχής και ντροπής τα οποία τους οδηγούν σε συναισθηματικά αδιέξοδα, καθώς και μία γενικότερη αίσθηση αδιέξοδου και εγκλωβισμού σε μία κατάσταση που τους προκαλεί έντονη συναισθηματική δυσφορία και ενδέχεται να οδηγήσει σε συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, κατά την προσπάθεια του εφήβου να απεγκλωβιστεί (Λάγγαρη, Β., 2006).

7. ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα υπάρχουν κάποιοι συγκεκριμένοι φορείς και πλαίσια τα οποία ασχολούνται με την παιδική προστασία, ωστόσο είναι αρκετά περιορισμένοι οι φορείς που ασχολούνται αποκλειστικά και εξειδικευμένα με την σεξουαλική παιδική κακοποίηση. Κάποιοι από τους βασικότερους φορείς που δραστηριοποιούνται ενεργά εδώ και αρκετά χρόνια στον ελλαδικό χώρο είναι οι ακόλουθοι:

- Το Χαμόγελο του παιδιού, (<https://www.hamogelo.gr/>)
- Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.), (<https://www.ich.gr/el/>)
- Ο Συνήγορος του παιδιού, (<https://www.synigoros.gr/paidi/>)
- Εταιρεία κατά της κακοποίησης του παιδιού «ΕΛΙΖΑ», (<https://eliza.org.gr/>)
- Η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Πρόληψης της Σεξουαλικής Κακοποίησης
- Οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες, ΙΚΑ, Κέντρα Υγείας)
- Υπηρεσίες Κοινωνικής Πρόνοιας
- Εισαγγελία Πρωτοδικών (Αστυνομία Ανηλίκων, Εισαγγελία Ανηλίκων, Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλίκων, Τμήμα Δίωξης Ηλεκτρονικού Εγκλήματος <https://cyberalert.gr/>)
- Τηλεφωνικές γραμμές SOS (Χαμόγελο του παιδιού-1056, Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (<http://tocsin.uth.gr/el/node/116>), Γραμμή SOS «Δίπλα σου» κατά της Οικογενειακής βίας 800 11 88881, 15900 (<http://womensos.gr/15900-24orifoniki-grammi/>)

8. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS (PTSD)

8.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Η Διαταραχή μετατραυματικού stress (Post Traumatic Stress Disorder) είναι η ψυχιατρική διαταραχή η οποία εμφανίζεται στο υποκείμενο όταν αυτό εκτεθεί σε κάποιο τραυματικό γεγονός όπως κάποια φυσική καταστροφή, σοβαρό ατύχημα, τρομοκρατική ενέργεια, πόλεμο/μάχη, βιασμό ή άλλου είδους κακοποιητική προσωπική επίθεση.

Τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής σύμφωνα με το DSM-III (1987) και DSM-IV (1994) αποτελούν τα παρακάτω:

1) Συμπτώματα Επαναβίωσης (Re-experience): Διεσδυτικές, ενοχλητικές σκέψεις, μνημονικές αναλαμπές και εφιάλτες άμεσα σχετιζόμενα με το τραυματικό γεγονός.

2) Συμπτώματα αποφυγής (Avoidance symptoms): Αποφυγή συγκεκριμένων περιοχών, θεαμάτων και καταστάσεων που θυμίζουν το γεγονός. Αίσθημα άγχους, κατάθλιψη, συναισθηματικό μούδιασμα ή ενοχή.

3) Συμπτώματα υπερδιέγερσης (Arousal and reactive symptoms): Θυμός, ευερεθιστότητα και υπερδιέγερση, επιθετική, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά η οποία συμπεριλαμβάνει αυτοτραυματισμούς, καθώς και δυσκολίες στον ύπνο και τη συγκέντρωση.

Μία τέταρτη επιπλέον κατηγορία κατά DSM-V (2013) αποτελεί η παρακάτω:

4) Συμπτώματα αρνητικής διάθεσης και σκέψης (Negative thoughts and feelings): Απώλεια ενδιαφέροντος για παρελθοντικές δραστηριότητες, δυσκολία στην ανάκληση λεπτομερειών αναφορικά με το τραυματικό γεγονός, αλλαγή στις συνήθειες και στη συμπεριφορά.

Όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα αναφέρονται από τα υποκείμενα που έχουν υποστεί κάποιο τραυματικό γεγονός, κάποιες ημέρες μετά το συμβάν. Ένα άτομο το οποίο φέρει διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού stress, εμφανίζει τη σχετική συμπτωματολογία τουλάχιστον για διάστημα ενός μήνα και ανω. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εμφάνιση των συμπτωμάτων εκδηλώνεται σε διάστημα τριών μηνών κατόπιν του τραυματικού γεγονότος, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις ενδέχεται να εμφανιστεί κατόπιν μεγαλύτερου διαστήματος. Επιπλέον, αρκετά συχνά παρατηρείται συννοσηρότητα μεταξύ μετατραυματικού stress και άλλων παθολογιών βασικότερες από τις οποίες είναι η κατάθλιψη, η απώλεια μνήμης και η χρήση ουσιών (DSM-5, 2013).

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Stress (F 43.1) κατά ICD-10 «αποτελεί την καθυστερημένη ή παρατεταμένη ανταπόκριση σε ένα αγχωτικό συμβάν ή κατάσταση (μικρής

ή μεγάλης διάρκειας) εξαιρετικά απειλητικής ή καταστροφικής φύσης, η οποία είναι πιθανό να προκαλέσει διάχυτη δυσφορία. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν, όπως τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή το προηγούμενο ιστορικό νευρωτικής νόσου, μπορούν να μειώσουν τις πιθανότητες ανάπτυξης του συνδρόμου ή να επιδεινώσουν την πορεία του, αλλά δεν είναι ούτε απαραίτητα ούτε επαρκή για να εξηγήσουν την εμφάνισή του. Χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν επεισόδια επαναλαμβανόμενης αναβίωσης του τραύματος μέσω παρεμβατικών αναμνήσεων ("flashbacks"), όνειρα ή εφιάλτες, που συμβαίνουν ενάντια στο συνεχιζόμενο υπόβαθρο μιας αίσθησης «μουδιάσματος» και συναισθηματικής άμβλυνσης, σχετιζόμενης με την απόσπαση από άλλους ανθρώπους, τη μη απόκριση στο περιβάλλον, και την αποφυγή δραστηριοτήτων και καταστάσεων που θυμίζουν το τραύμα.

Το άγχος και η κατάθλιψη σχετίζονται συνήθως με τα παραπάνω συμπτώματα και ο αυτοκτονικός ιδεασμός δεν είναι καθόλου σπάνιος. Η έναρξη τους έπεται του τραύματος με τη διαμεσολάβηση μιας λανθάνουσας περιόδου, η οποία ενδέχεται να κυμαίνεται από μερικές εβδομάδες έως κάποιους μήνες. Σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων η πάθηση μπορεί να ακολουθήσει μια χρόνια πορεία επί πολλά χρόνια, με ενδεχόμενη μετάβαση σε μια διαρκή τροποποίηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (F62.0)», (ICD-10, 2008).

8.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Τα προαναφερθέντα διαγνωστικά κριτήρια αναφορικά με τα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού stress στους ενήλικες, χρησιμοποιούνται αναλόγως για την αξιολόγηση αντίστοιχης συμπτωματολογίας σε παιδιά και εφήβους. Τα παιδιά και οι έφηβοι σύμφωνα με επιστημονικά δεδομένα δύναται να εμφανίσουν συμπτωματολογία μετατραυματικού stress, κατόπιν κάποιου τραυματικού γεγονότος.

ΠΑΙΔΙΑ ΑΝΩ ΤΩΝ 6 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ

A. Έκθεση σε πραγματικό θάνατο ή απειλή θανάτου, σοβαρό τραυματισμό, ή σεξουαλική βία με έναν ή περισσότερους από τους ακόλουθους τρόπους:

- Άμεσο βίωμα του τραυματικού συμβάντος
- Θέαση άλλων να υφίστανται τραυματικά συμβάντα
- Γνώση αναφορικά με τραυματικά συμβάντα που υπέστησαν μέλη της οικογένειάς τους ή στενά φιλικά πρόσωπα. Πραγματικός θάνατος ή απειλή θανάτου οικογενειακού μέλους ή

φιλικού προσώπου. Τα τραυματικά γεγονότα πρέπει να χαρακτηρίζονται ως ατυχήματα ή βίαια συμβάντα.

B. Παρουσία ενός ή περισσότερων συμπτωμάτων εμβόλιμων σκέψεων άμεσα σχετιζόμενων με το τραυματικό γεγονός κατόπιν αυτού:

- Επαναλαμβανόμενες και μη ηθελημένες, διεισδυτικές, οδυνηρές μνημονικές ανακλήσεις από το συμβάν. Πιθανώς επαναλαμβανόμενο παιχνίδι το οποίο εστιάζει σε πτυχές του τραυματικού γεγονότος.
- Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες
- Αποσυνδεδετικές αντιδράσεις σε σχέση με πτυχές του τραυματικού γεγονότος
- Έντονη και παρατεταμένη ψυχολογική δυσφορία σε οποιαδήποτε έκθεση αφορά στο τραυματικό συμβάν
- Συγκεκριμένες φυσιολογικές αντιδράσεις που συνδέονται και συμβολίζουν πτυχές του τραυματικού συμβάντος

Γ. Αποφυγή οποιουδήποτε ερεθίσματος σχετίζεται με το τραυματικό γεγονός

- Αποφυγή σκέψεων, αναμνήσεων ή συναισθημάτων σχετιζόμενων με το τραύμα
- Αποφυγή ανθρώπων, τόπων, συζητήσεων και καταστάσεων που ενδέχεται να σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός

Δ. Αρνητικές τροποποιήσεις στη διάθεση και στις γνώσεις του παιδιού, οι οποίες έχουν έναρξη αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός και μπορεί να εμφανίσουν και σχετική επιδείνωση.

- Αδυναμία ανάκλησης σημαντικών πτυχών και πληροφοριών του τραυματικού γεγονότος
- Παρουσία αρνητικών πεποιθήσεων για τον εαυτό, για τους άλλους και για τον κόσμο
- Διαστρεβλωμένες σκέψεις αναφορικά με την αιτία και τις συνέπειες του τραυματικού γεγονότος
- Επικράτηση αρνητικών συναισθημάτων (φόβος, θυμός, ενοχή, ντροπή)
- Μειωμένο ενδιαφέρον για συμμετοχή σε δραστηριότητες
- Αποστασιοποίηση ή προσκόλληση σε άλλους
- Αδυναμία επαναβίωσης θετικών συναισθημάτων

Ε. Διέγερση και αντιδραστικότητα

- Ευερεθιστότητα, θυμός, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, επιπολαιότητα
- Δυσκολίες στον ύπνο και στην συγκέντρωση (DSM-V, 2013).

8.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΤΙΚΟΥ STRESS-ΜΕΘΟΔΟΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

8.3.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Μία βασική ερμηνεία της βιολογικής-ιατρικής προσέγγισης αναφορικά με τον τρόπο εμφάνισης των διαφόρων αγχωδών διαταραχών, μεταξύ των οποίων υπάγεται και η διαταραχή μετατραυματικού stress, είναι η ερμηνεία αναφορικά με την πιθανότητα ύπαρξης κάποιου περιβαλλοντικού κινδύνου, όποτε και ενεργοποιείται το αυτόνομο νευρικό σύστημα και τα δύο βασικά υποσυστήματα αυτού: το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό. Το συμπαθητικό σύστημα ακολουθεί την απόκριση πάλης ή φυγής (fight or flight response), η οποία καθιστά τον κάθε οργανισμό (άνθρωπος ή ζώο) να προχωρήσει σε επίθεση ή φυγή. Σε περιπτώσεις των αγχωδών διαταραχών, ο οργανισμός ενεργοποιεί τις ανωτέρω αντιδράσεις χωρίς την παρουσία κάποιου αντικειμενικού, υπαρκτού επί του παρόντος κινδύνου.

Συστήματα του εγκεφάλου τα οποία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ενεργοποίηση αγχωδών ενστίκτων που οδηγούν σε συμπτωματολογία σχετική και συνδεδεμένη με τις αγχώδεις διαταραχές, αποτελούν η αμυγδαλή, ο ιππόκαμπος και ο υποθάλαμος που συνθέτουν το λυμβικό σύστημα. Το σύστημα αυτό συνδέεται με συναισθηματικές αποκρίσεις άγχους και φόβου, καθώς επίσης και με διαδικασίες όπως η μνήμη και η μάθηση. Οι τελευταίες δύο διαδικασίες μπορούν να παγιώσουν ως μαθημένη, μία συμπεριφορά ή συναισθηματική απόκριση του ατόμου σε συγκεκριμένους τύπους ερεθισμάτων. Τέλος, ο υπομέλας τόπος και το νορεπινεφρινικό σύστημα σχετίζονται με τις προαναφερθείσες διαταραχές. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα τα οποία αναφέρουν ότι σε περιπτώσεις μετατραυματικού stress οι νορεπινεφρινικοί υποδοχείς του εγκεφάλου εμφανίζουν υπερευαισθησία (Χριστοπούλου, Α., 2008).

8.3.2 ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κατά τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση αναφορικά με τις αγχώδεις διαταραχές το άτομο επικεντρώνεται σε απειλές ή κινδύνους, υπερεκτιμά τα ερεθίσματα που θεωρεί επικίνδυνα ή απειλητικά, υποτιμά την ατομική του ικανότητα να αντιμετωπίσει πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους ή απειλές. Οι δυσπροσαρμοστικές πεποιθήσεις του ατόμου, οι αρνητικές του ιδέες για τον κόσμο, οι δυσπροσαρμοστικές προσδοκίες και τα παγιωμένα μη-λειτουργικά σχήματα, οδηγούν το άτομο σε δυσλειτουργικές σκέψεις και

συμπεριφορές, οι οποίες υποβιβάζουν την ατομική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Συγκεκριμένα ασθενείς που βιώνουν μετατραυματικό stress αντιλαμβάνονται το περιβάλλον ως εξαιρετικά απειλητικό και την ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν αυτή την περιβαλλοντική απειλή εξαιρετικά μειωμένη (Χριστοπούλου, Α., 2008).

Η γνωσιακή θεραπευτική προσέγγιση υποστηρίζει ότι υπάρχουν καθολικά βασικά ψυχολογικά εργαλεία, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στην ανάκαμψη και θεραπεία, ατόμων που έχουν διαταραχή μετατραυματικού stress, μεταβάλλοντας απόψεις τους σχετικά με μνημονικές ανακλήσεις του τραύματος, το αίσθημα της τρέχουσας απειλής καθώς και τους μη αποτελεσματικούς δρόμους με στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων (Schnyder et al., 2016).

Η έγκαιρη και άμεση παρέμβαση είναι ιδιαίτερος σημαντική για τη θεραπεία της διαταραχής κυρίως στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων. Είναι πολύ σημαντικό κατά τη διάρκεια της παρέμβασης το παιδί και ο έφηβος να βρίσκονται μέσα σε ένα «θεραπευτικό» περιβάλλον, εντός του οποίου θα αισθάνονται ασφάλεια. Τα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται τη γνώση της αλήθειας και της πραγματικής κατάστασης, ώστε να μπορέσουν να περάσουν στη σταδιακή αποθεραπεία του τραύματος. Στην παρέμβαση και τη θεραπευτική διαδικασία είναι βοηθητική η χρήση γνωσιακών-συμπεριφοριστικών μεθόδων, στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθούν επιπλέον και μέθοδοι ψυχο-εκπαίδευσης.

Βασικά στάδια και βήματα τα οποία είναι σημαντικό να ακολουθηθούν για την επούλωση και σταδιακή θεραπεία του ψυχικού τραύματος κατόπιν της σεξουαλικής κακοποίησης σύμφωνα με τις ανθρωπιστικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις είναι αρχικά η δημιουργία κλίματος ασφάλειας ώστε να μπορέσει ο θεραπευόμενος να εκφραστεί αναφορικά με το τραύμα, η ενθύμηση και θλίψη κατά την αποκάλυψη του τραύματος και τέλος η επανένταξη του ατόμου στην καθημερινότητά του (Γιωτάκος, Ο. & Πεκρατέ, Β., 2006).

Τέλος, για την επίτευξη μίας αποτελεσματικής παρέμβασης είναι αναγκαίο να υπολογίζονται οι ιδιαίτερες ανάγκες, ικανότητες ή χαρακτηριστικά του παιδιού και του εφήβου. Οι μέθοδοι της παρέμβασης θα πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένες για το κάθε παιδί ατομικά και να ανταποκρίνονται στο γνωστικό και συναισθηματικό του επίπεδο, ώστε να είναι σε θέση να κατανοεί τις έννοιες και τις διάφορες διεργασίες που πραγματοποιούνται. Τέλος, για την επίτευξη μίας επιτυχούς παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους, είναι πολύ σημαντικό να εμπλέξουμε στην όλη διαδικασία τους γονείς ή τους σημαντικούς άλλους (Αντωνίου, Α.Σ., & Ξυπολιτά, Ε., 2005). Το υποστηρικτικό δίκτυο του παιδιού είναι σημαντικό να γνωρίζει τις διαδικασίες και τις μεθόδους που θα ακολουθηθούν,

καθώς και τους θεραπευτικούς στόχους, ώστε να λειτουργήσει υποστηρικτικά ως προς το παιδί.

8.4 ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS

Η συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες, οι οποίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι θύματα κάποιου είδους βίας. Παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να επηρεάσουν την εμφάνιση ή την ένταση των συμπτωμάτων είναι αρχικά η φύση του τραυματικού γεγονότος. Για παράδειγμα, περιστατικά βασανισμών ή βιασμών αυξάνουν κατά πολύ τις πιθανότητες εμφάνισης μετατραυματικού stress. Επιπρόσθετα, η μικρότερη ή μεγαλύτερη σωματική απόσταση του ατόμου από το τραυματικό συμβάν επηρεάζει αισθητά την εκδήλωση συμπτωμάτων μετατραυματικού stress, καθώς επίσης και ο αριθμός των τραυμάτων που έχει υποστεί το άτομο.

Από την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία διαφαίνεται ότι οι επιδράσεις του τραύματος ανά περιπτώσεις δρουν αθροιστικά ως προς την ανάδυση τις προαναφερθείσας συμπτωματολογίας. Επιπλέον, αρκετά είναι τα χαρακτηριστικά των υποκειμένων τα οποία ενδέχεται να λειτουργήσουν τροποποιητικά ως προς την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Κάποια από αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν η ηλικία του ατόμου, το φύλο του, καθώς και το μορφωτικό ή το κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο.

Παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον και έχουν κατηγορηθεί ότι καλλιεργούν γόνιμο έδαφος για την εμφάνιση συμπτωματολογίας μετατραυματικού stress, αποτελούν το χαμηλό οικονομικό επίπεδο της οικογένειας του ανηλίκου, το ιστορικό κάποιας ψυχικής διαταραχής εντός της οικογένειας, ο χωρισμός των γονέων, καθώς και οποιοδήποτε είδος κακοποίησης πριν την ηλικία των 10 ετών.

Τέλος, αρκετά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου δύναται να δράσουν θετικά ως προς τη μη εκδήλωση της διαταραχής, όπως για παράδειγμα προσωπικές πεποιθήσεις του υποκειμένου αναφορικά με το αίσθημα ελέγχου το οποίο πιστεύει ότι διαθέτει στη ζωή του, καθώς και η πεποίθηση για έναν δίκαιο κόσμο. Η προσωπικότητα του υποκειμένου σε συνδυασμό με τις πρότερες εμπειρίες του κατά την παιδική του ηλικία, το οικογενειακό πλαίσιο μέσα στο οποίο μεγάλωσε, καθώς και η ύπαρξη ή η απουσία διαταραχών στην ψυχική του υγεία, διαδραματίζουν αναμφίβολα πολύ σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της προαναφερθείσας διαταραχής (Χριστοπούλου, Α., 2008).

Βάσει των ερευνητικών δεδομένων στην περίπτωση συμβάντων σεξουαλικής κακοποίησης οι δημοφιλέστερες ψυχοπαθολογικές αποκρίσεις των θυμάτων, αφορούν στην εμφάνιση αγχωδών διαταραχών μεταξύ αυτών και της διαταραχής μετατραυματικού στρες καθώς και σε διάφορες διαταραχές της συμπεριφοράς. Σε δεύτερο επίπεδο ακολουθεί η εμφάνιση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Major Depression). Σύμφωνα με τα κλινικά δεδομένα τα αγόρια ανεξαρτήτως από το είδος της κακοποίησης (σωματική, λεκτική, σεξουαλική) τείνουν να εμφανίζουν διαταραχές συμπεριφοράς (Behavior Disorders), σε αντίθεση με τα κορίτσια τα οποία εμφανίζουν δύο βασικές εσωτερικευμένες διαταραχές (Internalizing Disorder), όπως είναι το άγχος αποχωρισμού (Separation Anxiety), καθώς και η εμφάνιση φοβικής διαταραχής (Phobic Disorder). Στο σημείο αυτό εντοπίζουμε διαφορικές επιδράσεις του φύλου των θυμάτων βίας αναφορικά με τις αποκρίσεις τους ως προς τα συμβάντα κακοποίησης. Είναι εμφανές ότι ο ρόλος του φύλου είναι σημαντικός και άμεσα σχετιζόμενος με την εμφάνιση συγκεκριμένων μορφών ψυχοπαθολογίας (Ackerman et al., 1998).

9. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΥ ΥΠΟΒΑΘΡΟΥ

9.1 ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Το φαινόμενο της σωματοποίησης και της εμφάνισης σωματοποιητικής διαταραχής κατά το DSM-IV-TR, αφορά στην έκφραση της συναισθηματικής δυσφορίας που προκαλεί η ύπαρξη του τραύματος, μέσω της εκδήλωσης σωματικών συμπτωμάτων (συμπτώματα πόνου, γαστρεντερικά συμπτώματα, σεξουαλικά συμπτώματα και ψευδονευρολογικό σύμπτωμα) και αποτελεί ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο σε ορισμένους πολιτισμούς. Τέτοιου τύπου συμπτώματα εμφανίζονται κατά την ενηλικίωση σε άτομα που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση ή παρενόχληση κατά την παιδική ηλικία. Η διαταραχή συσχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους ή μετατραυματικού stress. Άτομα από συγκεκριμένα εθνοτικά ή πολιτισμικά πλαίσια ενδέχεται να εκφράσουν τη συναισθηματική τους δυσφορία, μέσω σωματικών συμπτωμάτων. Πολλά άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα σωματοποίησης είναι πιθανό να μην έχουν επίγνωση της συσχέτισης μεταξύ των συναισθημάτων τους και των σωματικών συμπτωμάτων που εκδηλώνουν (Tener, D., & Katz, C., 2019).

Τα προαναφερθέντα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνονται και από τα πολυπολιτισμικά ερευνητικά αποτελέσματα που προκύπτουν από οκτώ διαφορετικές έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά σε γυναικείο πληθυσμό στην Ινδία, στο

Πακιστάν, στην Τουρκία, στη Σρι Λάνκα, στη Βραζιλία, στη Χιλή, στην Αιθιοπία και στην Κίνα αναφορικά με τις σωματόμορφες διαταραχές (Somatic Disorders) και την άμεση συσχέτιση τους με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές στα διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Οι ασθενείς που φέρουν σωματικά συμπτώματα, συχνά δεν είναι σε θέση να τα συνδέσουν με την ψυχολογική δυσφορία που βιώνουν. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην παραπάνω έρευνα αποδίδουν τα σωματικά τους συμπτώματα στις κοινωνικές ανισότητες που υφίστανται εντός του πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο ζουν. Σπανίως αναγνωρίζουν τη σύνδεση μεταξύ των σωματικών τους συμπτωμάτων και της ψυχικής δυσφορίας, αντιθέτως αναγνωρίζουν τα συμπτώματα ως αμιγώς κλινικά και δείχνουν να ανησυχούν ιδιαίτερος για τη σωματική τους υγεία. Επιπροσθέτως, εντοπίζεται συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης σωματικών συμπτωμάτων και συμπτωμάτων κατάθλιψης, μετατραυματικού stress ή άλλων αγχωδών συμπτωμάτων, τα οποία σε συγκεκριμένους πολιτισμούς τείνουν να ερμηνεύονται κυρίως ως σωματικά συμπτώματα, χωρίς να δοθεί άλλη απόδοση σε κάποιο ενδεχόμενο ψυχολογικό αίτιο (Shidhaye et al., 2013).

9.1.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ

Αξίζει να αναφερθεί το φαινόμενο της διαταραχής μετατροπής, η οποία εμφανίζεται σε κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια, στα οποία δεν υπάρχει η κατάλληλη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση αναφορικά με θέματα ψυχικής υγείας. Η διαταραχή μετατροπής είναι άμεσα σχετιζόμενη με την ύπαρξη σοβαρού ψυχολογικού τραύματος στη ζωή του ατόμου, όπως για παράδειγμα η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Η διαταραχή κάνει την εμφάνιση της κατά την εφηβεία ή τη νεαρή ενήλικη ζωή, με αφορμή κάποιο τραυματικό γεγονός στη ζωή του ατόμου, το οποίο θα αποτελέσει πηγή έντονου stress. Η διαταραχή τείνει να εμφανίζεται συχνότερα στο γυναικείο πληθυσμό, κυρίως αγροτικών περιοχών και αφορά σε χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα και σε ομάδες που διαθέτουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Χριστοπούλου, Α., 2008).

9.2 ΑΠΟΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η αποσυνδετική διαταραχή (Dissociative disorder) δεν είναι σπάνιο φαινόμενο και αφορά σε παροδική τροποποίηση της συνείδησης, της μνήμης ή της ταυτότητας του ατόμου. Εμφανίζεται αρκετά συχνά σε παιδιά και εφήβους και είναι αφενός άμεσα συνδεδεμένη με περιστατικά σεξουαλικής ή άλλου είδους κακοποίησης κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και αφετέρου συσχετίζεται άμεσα με την εκδήλωση ή μη συμπτωμάτων

μετατραυματικού stress. Επιπλέον, είναι γνωστό ότι σε ορισμένους πολιτισμούς τα αποσυνδεδετικά συμπτώματα δεν σχετίζονται με την ύπαρξη κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας, αλλά με θρησκευτικές τελετουργίες, όπως είναι για παράδειγμα η κατάληψη του ατόμου από κάποιο πνεύμα.

Η συμπτωματολογία της διαταραχής παραπέμπει στην κλινική εικόνα νευρολογικών διαταραχών, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση των διαταραχών μετατροπής, χωρίς ωστόσο να υπάρχει οποιοδήποτε κλινικό σύμπτωμα το οποίο να δικαιολογεί την παρουσία των σχετικών συμπτωμάτων. Αναφορικά με την πιθανή αιτιολογία εμφάνισης της διαταραχής αυτής η βασική υπόθεση, αφορά σε προσπάθεια του υποκειμένου να διαφύγει από καταστάσεις τραυματικής φύσης, όπως είναι για παράδειγμα ο βιασμός, τις οποίες δεν δύναται να αντιμετωπίσει (Χριστοπούλου, 2008).

Βάσει ερευνητικών ευρημάτων της Yehuda το 1996, στη μελέτη αναφορικά με τη γήρανση των επιζώντων του ολοκαυτώματος διαπιστώθηκε ότι το 34% των επιζώντων που εμφάνιζαν μετατραυματικό stress, εμφάνιζαν παράλληλα και συμπτώματα αποσύνδεσης. Ανάλογα ήταν τα ποσοστά των συμπτωμάτων αποσύνδεσης και στους επιζώντες, οι οποίοι δεν είχαν εκδηλώσει διαταραχή μετατραυματικού stress (Yehuda et al., 1996). Τα προαναφερθέντα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνονται και από αντίστοιχα ευρήματα μεταξύ βετεράνων του Βιετνάμ που είχαν διαγνωσθεί με διαταραχή μετατραυματικού stress. Βάσει των ανωτέρω καθίσταται σαφές το γεγονός, ότι κατόπιν ή κατά τη διάρκεια πολύ σοβαρών τραυματικών γεγονότων κάποια υποκείμενα τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερα ή χαμηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων αποσύνδεσης, ανεξαρτήτως με το αν θα εκδηλωθούν στην πορεία άλλα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού stress.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες που επέζησαν κατόπιν βιασμού, εντός χρονικού διαστήματος δύο εβδομάδων από το συμβάν του βιασμού, φάνηκε ότι οι γυναίκες με μετατραυματικό stress, οι οποίες έκαναν αναφορά σε υψηλότερα επίπεδα αποσύνδεσης κατά τη διάρκεια του βιασμού, χαρακτηρίστηκαν από την εμφάνιση υψηλών επιπέδων καταστολής των αυθόρμητων και αυτοματοποιημένων αποκρίσεων, κατά την έκθεση τους σε αναμνήσεις του περιστατικού βίας. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες οι οποίες εκδήλωσαν χαμηλότερα επίπεδα αποσύνδεσης κατά τη διάρκεια του βιασμού εμφάνισαν υψηλά επίπεδα διέγερσης και αύξηση του καρδιακού παλμού κατά τη διάρκεια των μνημονικών ανακλήσεων του συμβάντος.

Επιπλέον, αντίστοιχη έρευνα η οποία επικεντρώθηκε στα επίπεδα της κορτιζόλης στον σίελο των επιζησασών μετά από μια παρόμοια στρεσογόνο συνέντευξη, διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των ενήλικων, επιζησασών γυναικών, εκείνες οι οποίες ανέφεραν υψηλά επίπεδα

αποσύνδεσης σε σχέση με εκείνες που ανέφεραν χαμηλά επίπεδα εμφάνισαν αισθητά μεγαλύτερα επίπεδα κορτιζόλης στον σίελο 24 ώρες κατόπιν της αγγογόνου συνέντευξης.

Επιπροσθέτως, βάσει σχετικής έρευνας διαφαίνεται να υπάρχουν τροποποιήσεις ψυχοφυσιολογικού τύπου μεταξύ των παραβατικών εφήβων, οι οποίοι εμφανίζουν χαμηλότερα ή υψηλότερα επίπεδα αποσυνδεδειγμένων συμπτωμάτων, ανεξαρτήτως της εκδήλωσης ή μη συμπτωμάτων μετατραυματικού stress. Βάσει αυτών των δεδομένων οι έφηβοι οι οποίοι εκδήλωσαν υψηλότερα συμπτώματα αποσύνδεσης, σε σχέση με αυτούς οι οποίοι εκδήλωσαν χαμηλότερα, εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερους καρδιακούς παλμούς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Αντίστοιχα ήταν τα ευρήματα σε σχέση με την αύξηση ή μη των καρδιακών παλμών, σε άτομα που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση.

Επομένως προκύπτει η υπόθεση ότι όσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα των αποσυνδεδειγμένων συμπτωμάτων, τόσο χαμηλότερη ήταν η αύξηση των καρδιακών παλμών κατά τη διάρκεια των μνημονικών ανακλήσεων των τραυματικών συμβάντων. Αυτό δεν επιβεβαιώνεται στην προαναφερθείσα έρευνα στην οποία καταμετρήθηκε η έκκριση κορτιζόλης. Τέλος, βάσει των γενικότερων, προαναφερθέντων ερευνητικών ευρημάτων, παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων αποσύνδεσης του θύματος κατά τη διάρκεια του τραυματικού γεγονότος, σε σχέση με την μετέπειτα εμφάνιση συμπτωμάτων stress κατά τη διάρκεια της μνημονικής ανάκλησης των περιστατικών της βίας (Ginzburg et al., 2006).

9.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση ουσιών αποτελεί ένα σημαντικό θέμα κατά την περίοδο της εφηβείας, καθώς κατά την περίοδο αυτή οι έφηβοι έχουν την τάση να ξεκινούν την έναρξη της χρήσης, η οποία ενδέχεται να αποτελέσει μελλοντικά μία παγιωμένη και δύσκολα αναστρέψιμη συμπεριφορά, η οποία θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την πορεία της υγείας του ατόμου.

Σύμφωνα με τα σχετικά στατιστικά δεδομένα άτομα τα οποία βρίσκονται σε διαδικασία απεξάρτησης έχουν βιώσει πρόσφατα συμπτώματα Διαταραχής μετατραυματικού stress σε ποσοστό 12-14%. Πιο συγκεκριμένα στο γυναικείο πληθυσμό που βρίσκεται σε διαδικασία απεξάρτησης, το ποσοστό αυτό αγγίζει το 33-35%. Οι γυναίκες φέρουν τις περισσότερες φορές ιστορικό σεξουαλικής ή σωματικής κακοποίησης, κατά την παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή. Επιπλέον, οι άντρες αποτελούν συχνότερα θύματα βίας ή άλλων

εγκληματικών γεγονότων. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι η διαταραχή μετατραυματικού stress σχετίζεται άμεσα με την επιλογή και χρήση σκληρών ναρκωτικών όπως είναι για παράδειγμα η κοκαΐνη και τα οπιούχα (elearn.kethea.gr)

9.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ

Είναι γεγονός ότι τόσο την περίπτωση των γυναικών όσο και στην περίπτωση των ανδρών, οι οποίοι έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση η εκδήλωση αυτοκτονικών συμπεριφορών αποτελεί αρκετά συχνό φαινόμενο, το οποίο εμφανίζει επιμέρους διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Βάσει ορισμένων ερευνητικών δεδομένων οι άνδρες φαίνεται να αναφέρονται στο συμβάν βιώνοντας μεγαλύτερο αίσθημα απόγνωσης και αβοήθητου, εμφανίζοντας περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας και παράλληλα περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης μετατραυματικού stress και οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Το αίσθημα απελπισίας (hopelessness) το οποίο βιώνουν οι επιζώντες σεξουαλικής βίας, φαίνεται να διαδραματίζει κομβικό ρόλο στην εκδήλωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς χωρίς διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Συγκεκριμένα στην περίπτωση της σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων, τα παιδιά έχουν την τάση να αποδίδουν το συμβάν σε δικούς τους προσωπικούς, εσωτερικούς παράγοντες (Alloy et al., 2006). Λόγω αυτής της ερμηνείας και της εσωτερικής απόδοσης αιτιολογίας, εξηγείται η πιθανή ενοχοποίηση του εαυτού αναφορικά με το τραυματικό συμβάν της κακοποίησης. Το αίσθημα ευθύνης και προσωπικής ενοχής ενισχύσει σε μεγάλο βαθμό τα ποσοστά διάπραξης απόπειρας αυτοκτονίας κατόπιν της σεξουαλικής κακοποίησης (Spokas et al., 2009).

Η συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης και του ενεργού αυτοκτονικού ιδεασμού παραμένει σε κάθε περίπτωση πολύ ισχυρή. Παράγοντες οι οποίοι δρουν ενισχυτικά ως προς την έντονη συσχέτιση, ενδέχεται να είναι η συναισθηματική δυσλειτουργία του ατόμου, αρνητικές ιδέες του υποκειμένου σε σχέση με την ερμηνεία του εαυτού και του κόσμου, η παρορμητικότητα, καθώς και η αυξημένη ανοχή (απευαισθητοποίηση) του υποκειμένου σε συμπτώματα ψυχικού πόνου (Joiner and Van Orden, 2008). Επιπλέον, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα η παιδική σεξουαλική κακοποίηση η οποία αναφέρεται από το ίδιο το θύμα, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εμφάνιση υψηλότερων ποσοστών αυτοκτονιών. Σύμφωνα με τον Plunkett et al. (2001), 183 νέοι οι οποίοι είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση επιχείρησαν απόπειρα αυτοκτονίας σε ποσοστό 32% και εμφάνιζαν αυτοκτονικό ιδεασμό σε ποσοστό 43% κατόπιν του κακοποιητικού συμβάντος. Επιπλέον, στην περιοχή της Νέας Ζηλανδίας οι Lynskey και Fergusson (1997), εντόπισαν ότι σε ένα

δείγμα 1.025 νεαρών ατόμων τα οποία είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία το 22.2% είχαν προβεί σε απόπειρα αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τους Beckinsale, Martin and Clark's (1999) σε έρευνα κοόρτης που πραγματοποίησαν στην Αυστραλία σε 3.144 νέους, τα ευρήματα τους αναφέρουν ότι οι άνδρες που έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες να διαπράξουν απόπειρα αυτοκτονίας, με ποσοστό 40% εξ' αυτών να έχουν ήδη οργανωμένα αυτοκτονικά σχέδια και πλάνα σε σχέση με τις γυναίκες που εμφανίζουν ακριβώς τις μισές πιθανότητες (20%) όταν φέρουν ανάλογο ιστορικό (Sarah Stewart, 2005).

9.5 ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Μεγάλος αριθμός ερευνών επιβεβαιώνει την συσχέτιση μεταξύ κακοποίησης ή παραμέλησης κατά την παιδική ηλικία, με την εμφάνιση διαταραχών τόσο κατόπιν της κακοποίησης του παιδιού ή εφήβου, όσο και κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής του. Σύμφωνα με σύγχρονα αποτελέσματα μετα-αναλύσεων σε σχέση με τους ενήλικες οι οποίοι δεν έχουν κακοποιηθεί, οι ενήλικες οι οποίοι έχουν κακοποιηθεί κατά την παιδική ηλικία, εμφανίζουν 2.7-3.7 περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα ή να διαγνωσθούν με καταθλιπτική διαταραχή ως ενήλικες. Τα περιστατικά κακοποίησης αποτελούν αναμφίβολα στρεσογόνα συμβάντα ζωής, τα οποία επηρεάζουν έντονα την ψυχική υγεία του ατόμου. Η ηλικία του συμβάντος κακοποίησης παίζει εξαιρετικά σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, σε συνδυασμό με τα διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά και το φύλο, τα οποία δίνουν με τη σειρά τους μία διαφορετική χροιά στην εκδήλωση της συμπτωματολογίας.

Σύμφωνα με τη σχετική έρευνα των Roxburgh και McArthur (2014) τα άτομα Αφροαμερικανικής καταγωγής στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατόπιν σεξουαλικής κακοποίησης, σε σχέση με τους λευκούς ή τα άτομα Λατινοαμερικανικής καταγωγής. Σύμφωνα με άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Youssef et al. (2017) σε νεαρούς Αμερικανούς ενήλικες, εντοπίζονται διαφορές πολιτισμικού υπόβαθρου, στα άτομα που έχουν υποστεί διαφόρων ειδών αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία. Η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη γνώση αναφορικά με τις πολιτισμικές διαφορές και τις διαφορές του φύλου στην εκδήλωση και εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, χαρακτηρίζεται ως ιδιαίτερος σημαντική και πολύτιμη (Sunley et al., 2020).

9.6 ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Οι διατροφικές διαταραχές βάσει της σύγχρονης βιβλιογραφίας ενοχοποιούνται μεταξύ των διαφόρων ψυχικών διαταραχών, αναφορικά με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας με τη νευρική ανορεξία να έχει 5.86 περισσότερα odds να οδηγήσει σε θάνατο σε σχέση με τις υπόλοιπες διατροφικές διαταραχές. Πολλοί και διαφορετικοί τύποι τραύματος έχουν μελετηθεί αναφορικά με τη συσχέτιση τους με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών. Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση βρίσκεται στην κορυφή της πυραμίδας. Οι μελέτες αναφέρουν ότι οι ενήλικες οι οποίοι εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές και φέρουν ιστορικό παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης εκδηλώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, περισσότερες δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς και συχνότερες καθαρτικές συμπεριφορές σε περίπτωση που έχουν διαγνωσθεί με διατροφικές διαταραχές. Η ύπαρξη τραύματος συσχετίζεται αναμφίβολα με την εκδήλωση και πολλών άλλων ψυχιατρικών διαταραχών. Τέλος, είναι γεγονός το ότι η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών όπως η νευρική ή ψυχογενής ανορεξία και βουλιμία, εμφανίζεται αρκετά συχνά ως απόρροια άλλων παθολογιών όπως είναι για παράδειγμα η κατάθλιψη (Hicks White, Pratt and Cottrill, 2018).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Συνοψίζοντας όλα τα προαναφερθέντα ερευνητικά δεδομένα καθώς και τις σχετικές θεωρίες που τα επιβεβαιώνουν, αδιαμφισβήτητο θεωρείται το γεγονός ότι η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού, του εφήβου και του ενήλικα, αποτελεί ίσως τη σημαντικότερη παραβίαση της γενετήσιας ελευθερίας κάθε ανθρώπινου όντος. Η σεξουαλική κακοποίηση οδηγεί στον πλήρη και ανεπανόρθωτο ψυχικό και σωματικό τραυματισμό του ατόμου, στερώντας από το υποκείμενο κάθε δικαίωμα αυτοσεβασμού. Το τραύμα ενδέχεται να αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός ή μία επαναλαμβανόμενη κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση το τραύμα έχει διάρκεια και η μορφή με την οποία βιώνεται, επουλώνεται ή απωθείται στο ασυνείδητο, τείνει να διαφοροποιείται ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τη φάση ζωής του υποκειμένου που το βιώνει.

Η σεξουαλική κακοποίηση έχει συνδεθεί με έναν μεγάλο αριθμό βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων συνεπειών στη σωματική και στην ψυχική υγεία του ατόμου. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικές πηγές, μέσω των οποίων διαφωτίστηκε το φαινόμενο και τα διάφορα είδη της κακοποίησης, εστιάζοντας ιδιαίτερα στα κακοποιητικά συμβάντα τα οποία αφορούν σε παιδιά και εφήβους. Επιπλέον, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις ψυχοπαθολογικές εκφάνσεις οι οποίες αποτελούν απόρροια του φαινομένου της σεξουαλικής

κακοποίησης, κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Επιπροσθέτως, δόθηκε έμφαση και διαφωτίστηκαν τα πεδία της εκδήλωσης του μετατραυματικού stress, καθώς και των λοιπών ψυχοπαθολογικών διαταραχών, όπως οι σωματόμορφες διαταραχές, η αποσυνδεδετική διαταραχή, η χρήση ουσιών, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η κατάθλιψη.

Τέλος, είναι σημαντικό να τονίσουμε το γεγονός ότι το εκάστοτε κοινωνικό ή πολιτισμικό πλαίσιο οφείλει να χαρακτηρίζεται από μηδενική ανοχή στην χρήση κάθε μορφής βίας. Η πολιτεία, το σχολείο και η οικογένεια διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο ειδικότερα στο κομμάτι της πρόληψης της εμφάνισης σχετικών φαινομένων, μέσω της ευαισθητοποίησης, της εκπαίδευσης και της συστηματικής ενημέρωσης. Ο ρόλος και η ευθύνη της άμεσης αναγνώρισης και παρέμβασης, καθώς και της διακοπής της αποσιώπησης και της απόκρυψης σχετικών συμβάντων αποτελεί τόσο συλλογική, όσο και ατομική ευθύνη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ

Το φαινόμενο της κακοποίησης και συγκεκριμένα της σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων, απασχολεί διαχρονικά κάθε κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Σε παγκόσμιο επίπεδο πραγματοποιείται σημαντική προσπάθεια να μειωθούν τα ποσοστά του φαινομένου και να υπάρξουν επιτυχείς στρατηγικές παρέμβασης και πρόληψης, με ιδανικό στόχο την πλήρη εξάλειψη του φαινομένου, το οποίο αποτελεί βασική παραβίαση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και κλονίζει τόσο την ψυχική, όσο και τη σωματική υγεία του υποκειμένου, οδηγώντας το σταδιακά σε έντονη ψυχική εξαθλίωση. Η σεξουαλική κακοποίηση ή κάθε είδους σεξουαλική παρενόχληση παιδιών και εφήβων, καλλιεργεί ένα εξαιρετικά γόνιμο έδαφος για την άνθιση διαφόρων μορφών ψυχοπαθολογίας, καθώς και αρνητικών και επίπονων συναισθημάτων τα οποία εμποδίζουν την ψυχική ισορροπία και την ευημερία κάθε υποκειμένου που έχει βιώσει τέτοιου είδους παραβιάσεις.

Η υφιστάμενη κακοποίηση των ανηλίκων πέραν του γεγονότος ότι αποτελεί παραβίαση των δικαιωμάτων του παιδιού και κάθε ανθρώπινου όντος ανεξαιρέτως, αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες διαίωσης της βίας, καθώς πολλά ανήλικα παιδιά θύματα σεξουαλικής κακοποίησης, θα εμφανίσουν ανάλογες κακοποιητικές και παραβατικές συμπεριφορές στο μέλλον ως ενήλικες. Η τελευταία τοποθέτηση αναδεικνύει την σοβαρότητα του φαινομένου αυτού αναφορικά με την αντιμετώπιση του οποίου οφείλεται να

εφαρμόζονται και να ακολουθούνται πιστά συγκεκριμένα διεθνή πρωτόκολλα, τα οποία θα εξασφαλίζουν την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ασφάλεια των ανηλίκων, διώκοντας αυστηρά κάθε παραβατική συμπεριφορά εναντίον τους.

Βασικό επιστημονικό σκοπό της παρούσας μετα-ανάλυσης αποτέλεσε η εστιασμένη διερεύνηση της επίδρασης που δύναται να έχουν σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι ενδέχεται να αποτελούν σημαντικούς τροποποιητές στην εμφάνιση της διαταραχής μετατραυματικού stress κατόπιν ενός μεμονωμένου ή επαναλαμβανόμενου συμβάντος σεξουαλικής κακοποίησης ενός παιδιού ή εφήβου. Βασικούς τροποποιητές προς εξέταση αποτέλεσαν ο οικογενειακός παράγοντας και συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά της σχέσης που έχει ο θύτης με το θύμα (οικογενειακό μέλος ή μη, γνωστό ή άγνωστο στο θύμα πρόσωπο), πριν τη συντέλεση του κακοποιητικού συμβάντος καθώς επίσης και η επίδραση που διαδραματίζει ο παράγοντας της γεωγραφικής-πολιτισμικής καταγωγής του θύματος, ως προς την εμφάνιση και την εκδήλωση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress. Πιο συγκεκριμένα διερευνήθηκε ο βαθμός στον οποίο ενδέχεται να επηρεάσει η ύπαρξη ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης στην εκδήλωση των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress σε παιδιά και εφήβους, ανάλογα με την πολιτισμική και γεωγραφική προέλευση των επιζώντων, καθώς και τη γεωγραφική περιοχή (ήπειρο) στην οποία διεξήχθη η εκάστοτε έρευνα. Αναφορικά με την προαναφερθείσα συσχέτιση ακολουθήθηκε συγκεκριμένη στατιστική ανάλυση των ερευνών, της οποίας τα ευρήματα θα αναλυθούν εκτενώς στη συνέχεια της εργασίας.

Βασική ερευνητική υπόθεση αποτέλεσε η πιθανή εκδήλωση μεγαλύτερων ποσοστών της διαταραχής μετατραυματικού stress, σε υποκείμενα τα οποία έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση εντός του οικείου ή του ευρύτερου οικογενειακού τους περιβάλλοντος, σε σχέση με τα υποκείμενα τα οποία έχουν κακοποιηθεί από κάποιο άγνωστο ως προς τα ίδια πρόσωπο. Τα συγκεκριμένα ευρήματα των ερευνών, θα περιγραφούν αναλυτικά και στην πορεία της μελέτης.

1.ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΕΣ

1.1 Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Η κουλτούρα αποτελεί ένα σύνολο αξιών που ακολουθεί μία ομάδα ανθρώπων, βάσει των οποίων η ομάδα ακολουθεί μία κοινή στάση ζωής. Κουλτούρα είναι οι αξίες, τα «πιστεύω» και τα ήθη, τα οποία αντικατοπτρίζονται στους νόμους και στις κοινωνικές

πολιτικές (Yuchang et al., 2017). Το πολιτισμικό πλαίσιο, η κουλτούρα και ο γεωγραφικός τόπος αποτελούν αναμφίβολα πολύ σημαντικούς παράγοντες, τους οποίους σε καμία περίπτωση δεν μπορούμε να αγνοήσουμε, όταν αναφερόμαστε στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών και συγκεκριμένα της διαταραχής μετατραυματικού stress, κατόπιν υφιστάμενης σεξουαλικής κακοποίησης ενός ατόμου μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό, γεωγραφικό και πολιτισμικό πλαίσιο.

Η φύση του τραύματος που προκύπτει κατόπιν της κακοποίησης ενός ανθρώπινου όντος, συνδέεται άρρηκτα με την κουλτούρα που φέρει ο τόπος στον οποίο ζει. Η πολιτισμική στάση απέναντι στη βία, οι αρχές που πρεσβεύουν τα μέλη μίας πολιτισμικής ομάδας, ο νόμος και η τήρηση αυτού, θα συντελέσουν στη δημιουργία ενός «μοναδικού» κάθε φορά πολιτισμικού σκηνικού, όπου θα λάβει χώρα η πράξη της βίας, δίνοντας κάθε φορά διαφορετική χροιά στο βίαιο συμβάν.

1.2 Η ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Το τραύμα αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο. Οι άνθρωποι που φέρουν τραύματα ενδεχομένως να προέρχονται από πολλά και διαφορετικά μέρη της γης, ίσως να διαφέρει η γλώσσα τους και οι πολιτισμικές τους αρχές και αξίες. Ανεξαρτήτως, όλων αυτών των πολιτισμικών διαφορών, είναι σημαντική ανάγκη να ξεπεραστούν τα πολιτισμικά εμπόδια και να υπάρξει παγκόσμια γνώση για την αντιμετώπιση του τραύματος (Schnyder et al., 2016).

Η πολιτισμική ταυτότητα κάθε ατόμου, δίνει διαφορετική χροιά στην ερμηνεία του προσωπικού του τραύματος και στον τρόπο με τον οποίο ο καθένας θα προσπαθήσει να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει το τραύμα και τις μνήμες αυτού. Οι έννοιες που δίνονται στη διαταραχή του μετατραυματικού stress, ποικίλουν αναλόγως των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και της κουλτούρας που επικρατεί σε κάθε τόπο. Σε κουλτούρες οι οποίες χαρακτηρίζονται από ατομικιστικές απόψεις και πεποιθήσεις, το αίσθημα της ανεπάρκειας του εαυτού και της ατομικής ευαλωτότητας αποτελεί συχνό φαινόμενο. Σε άλλες κουλτούρες στις οποίες επικρατούν περισσότερο κολεκτιβιστικές απόψεις, κυρίαρχος είναι ο ρόλος της ομαδικής-κοινωνικής λειτουργίας και της αξιολόγησης από τα άλλα μέλη της κοινότητας. Ο ρόλος που διαδραματίζει η κοινωνία στην οποία διαβιούμε καθώς και οι πολιτισμικές πεποιθήσεις ή αξίες εντός αυτής, είναι εξαιρετικά σημαντικός ως προς τον τρόπο και τον ρυθμό της αποθεραπείας του ατόμου από το μετατραυματικό stress που εμφανίζει κατόπιν του τραυματικού συμβάντος.

Το τραύμα και η φύση αυτού, συνθέτουν τα τραυματικά συμβάντα, τα οποία έχουν τη δύναμη να επηρεάσουν τον ψυχισμό του κάθε υποκείμενου σε βάθος με ποικίλους τρόπους. Ορισμένα άτομα ενδέχεται να εμφανίσουν κριτήρια που σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού stress (PTSD), ενώ την ίδια στιγμή πολλά άλλα άτομα θα παρουσιάσουν ανθεκτικές αποκρίσεις, σύντομα υποκλινικά συμπτώματα ή συνέπειες που δεν εμπίπτουν σε διαγνωστικά κριτήρια αντίστοιχης διαταραχής. Η επίδραση του τραύματος μπορεί να έχει διαφορετική χροιά ανά περιπτώσεις, Κάποιες φορές να είναι ήπια, ενώ κάποιες άλλες εντελώς καταστροφική. Ο τρόπος με τον οποίο ένα συμβάν θα επηρεάσει ένα άτομο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου, τη φύση και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του τραυματικού γεγονότος, τις αναπτυξιακές διεργασίες, την έννοια του τραύματος, καθώς και τους εκάστοτε κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που επικρατούν και αναφέρθηκαν παραπάνω αναλυτικότερα.

Οι πρωταρχικές αντιδράσεις στο τραύμα είναι η ψυχική εξάντληση, το αίσθημα σύγχυσης, η θλίψη, το άγχος, η διέγερση, καθώς και το ψυχικό μούδιασμα. Οι περισσότερες ψυχολογικές αποκρίσεις στο τραύμα θεωρούνται «φυσιολογικές» και αποδεκτές, δεδομένου ότι εμφανίζονται στην πλειοψηφία των επιζώντων βίας ή τραυματικών γεγονότων.

Οι βασικοί δείκτες των πιο έντονων και βασικών αποκρίσεων περιλαμβάνουν συνεχή δυσφορία του ατόμου χωρίς την διαμεσολάβηση περιόδων σχετικής ηρεμίας ή ανάπαυσης, σοβαρά συμπτώματα διάσπασης και έντονες ενοχλητικές μνημονικές ανακλήσεις οι οποίες προκαλούν έντονη ψυχική αναστάτωση. Συνοδά συμπτώματα σχετιζόμενα με την ύπαρξη του τραύματος αποτελούν η επίμονη κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, οι εφιάλτες, το άγχος που προκύπτει από τις αναδρομές, η κατάθλιψη, καθώς και η αποφυγή συναισθημάτων, αισθήσεων ή δραστηριοτήτων που σχετίζονται με το τραυματικό συμβάν.

1.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού stress έχουν παρατηρηθεί σε διαφορετικούς μεταξύ τους πολιτισμούς από βιομηχανικές περιοχές της Ευρώπης έως και κοινωνίες της Αφρικής όπου η επιβίωση βασίζεται έως και σήμερα στο κυνήγι των ζώων. Η ένταση της εμφάνισης των συμπτωμάτων αυτών φαίνεται να παρουσιάζει ενδιαφέρουσες διαφορές ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Βάσει σχετικής έρευνας πρόσφυγες από το Σουδάν αναφέρουν ως απόρροια της συναισθηματικής δυσφορίας και του ψυχικού πόνου

περισσότερα σωματικά συμπτώματα, κοινωνική απόσυρση και αποξένωση από τους φίλους, έλλειψη κινήτρου και μείωση φροντίδας του εαυτού και της οικογένειας τους. Ανάλογη έρευνα σε πληθυσμό στην Ουγκάντα εντοπίζει την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, η οποία αποτελεί αποτέλεσμα της έκφρασης του ψυχικού πόνου και της ψυχικής δυσφορίας. Επιπρόσθετα, σε δείγμα ανθρώπων από το Μπουρούντι, οι οποίοι είχαν εκτεθεί σε κάποιο τραύμα, φάνηκε ότι υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης σωματικών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, παρά συμπτωματολογίας σχετιζόμενης με τη διαταραχή μετατραυματικού stress.

Η εμφάνιση των ψυχολογικών ή των σωματικών συμπτωμάτων δεν φαίνεται να είναι ο βασικός παράγοντας που απασχολεί τους επιζώντες βίας σε ορισμένα πολιτισμικά πλαίσια. Για παράδειγμα, το δείγμα των επιζώντων βίας από το Σουδάν παρουσίασε υψηλότερη ανησυχία αναφορικά με την πιθανή έλλειψη φαγητού, υγείας ή την αίσθηση απειλής ως αποτέλεσμα του τραυματικού γεγονότος που είχαν υποστεί, χωρίς να εμφανίζουν έντονη ανησυχία αναφορικά με τις ψυχολογικές εκφάνσεις και τα σωματικά συμπτώματα που θα επιφέρει το βιωμένο τραυματικό συμβάν. Η ανησυχία αναφορικά με την έλλειψη υλικών αγαθών, φαίνεται να κυριαρχεί σε πληθώρα πολιτισμών, έναντι της ανησυχίας αναφορικά με την εμφάνιση κατάθλιψης ή διαταραχής μετατραυματικού stress (Marques et al., 2011).

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον αναφορικά με την τροποποίηση που επιφέρει η γεωγραφική και πολιτισμική προέλευση των υποκειμένων, παρουσιάζουν τα ευρήματα αναφορικά με τις διαφορές των συμπτωμάτων ανάλογα με την κουλτούρα του ατόμου. Προσφυγικός πληθυσμός από την Καμπότζη αναφέρει αυξημένες μνημονικές ανακλήσεις, ως σύμπτωμα μετατραυματικού stress κατόπιν υφιστάμενου τραύματος, οι οποίες μεταφράζονται ως σωματική δυσλειτουργία, ψυχική διαταραχή ή «τρέλα» η οποία υποκινείται από κάποιο νεκρό πνεύμα. Τέλος, στον ίδιο πολιτισμό οι εφιάλτες μεταφράζονται ως κίνδυνος για μελλοντική επίθεση από κάποιο νεκρό πνεύμα, εμπεριέχοντας υπερβολικά υψηλό συναίσθημα φόβου και αποτελώντας απόδειξη της παρουσίας του μετατραυματικού stress.

1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΝΑ ΤΟΝ ΚΟΣΜΟ

Ο επιπολασμός του μετατραυματικού stress παγκοσμίως εκτιμάται στο 1% - 2% στη Δυτική Ευρώπη, 6% - 9% στη Βόρεια Αμερική και πάνω από 10% σε χώρες των οποίων οι κάτοικοι εκτίθενται σε μακροχρόνια βία, όπως είναι οι χώρες της Αφρικής. Στις ΗΠΑ, τα ποσοστά επικράτησης για τον γενικό πληθυσμό κυμαίνονται στο 5% για τους άνδρες και 10,4% για τις γυναίκες. Στην Ευρώπη, τα ποσοστά επικράτησης στο γενικό πληθυσμό

κυμαίνονται από 0,5% για τους άνδρες και 0,7% για τις γυναίκες. Τα ποσοστά επικράτησης της διαταραχής μετατραυματικού stress στον γενικό πληθυσμό της Νοτίου Αφρικής βρέθηκε να κυμαίνεται σε ποσοστό 2,3% για όλες τις ηλικίες και 1,8% για τις ηλικίες από 18 έως και 34 ετών. Παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία και η εκπαίδευση δεν εμφάνισαν υψηλή συσχέτιση με την αυξημένη εκδήλωση συμπτωμάτων μετατραυματικού stress (Swain, Pillay and Kliewer, 2017).

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχουν αρκετές ελλείψεις και προκαταλήψεις αναφορικά με την αναγνώριση και την καταγγελία συμβάντων σεξουαλικής κακοποίησης. Σύμφωνα με σχετική συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Ινδονησίας, η έλλειψη στις στρατηγικές παρέμβασης και πρόληψης των συμβάντων σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων χαρακτηρίζεται ως ιδιαίτερος αυξημένη (Wismayanti et al., 2019). Η συγκεκριμένη παράμετρος φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τα στατιστικά δεδομένα αναφορικά με τα ποσοστά της σεξουαλικής κακοποίησης σε πολλές περιοχές του πλανήτη.

Εν αντιθέσει, σε χώρες των Ηνωμένων Πολιτειών, του Καναδά και της Ευρώπης φαίνεται να εφαρμόζονται καλύτερες μέθοδοι αξιολόγησης, οι οποίες να οδηγούν στην ακριβέστερη διάγνωση των αναφερόμενων συμβάντων σεξουαλικής κακοποίησης, τα οποία αρκετά συχνά οδηγούν στην εμφάνιση ποικίλων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Αναφορικά με τις μεθόδους διάγνωσης στις ΗΠΑ και στον Καναδά, υπάρχουν αρκετές ενστάσεις σχετικά με τις αξιολογήσεις και τα διαγνωστικά κριτήρια ή τις διαδικασίες, οι οποίες ενδέχεται να οδηγούν σε κάποιου είδους υπερδιάγνωση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress. Η προαναφερθείσα συμπτωματολογία, στα πλαίσια του δυτικού κόσμου, χαρακτηρίζεται πάντοτε ως αποκλίνουσα συμπεριφορά, η οποία προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου. Παρά ταύτα, σύμφωνα με τις Bowman και την Yehuda τα συμπτώματα του μετατραυματικού stress αποτελούν μία άκρως φυσιολογική ανθρώπινη αντίδραση κατόπιν κάποιου έντονου τραυματικού ή καταστροφικού συμβάντος (Rosen, 2005).

Σύμφωνα με σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα στις Ηνωμένες Πολιτείες, η εκδήλωση και η διάγνωση μετατραυματικών συμπτωμάτων επηρεάζεται άμεσα από διάφορες φυλετικές και εθνοτικές διαφορές, δίνοντας στον Αφρικανικό πληθυσμό την πρώτη θέση στην εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικού stress με ποσοστό 9% στον ενήλικο πληθυσμό. Ακολουθούν οι Καυκάσιοι και οι Λατίνοι με ποσοστά (7.4%, 7% αντιστοίχως). Τέλος, τα άτομα Ασιατικής καταγωγής εμφανίζουν το χαμηλότερο ποσοστό (4%) στην

εμφάνιση των συμπτωμάτων. Βάσει αρκετών ερευνητικών πηγών προκύπτουν πληροφορίες αναφορικά με τη διαφοροποίηση στην εμφάνιση των συμπτωμάτων μετατραυματικού stress, ανάλογα με τις φυλετικές διαφορές και τις διαφορές του φύλου. Λόγω των ανωτέρω αναφορών οι γυναίκες που ανήκουν σε μειονοτικές ομάδες βιώνουν μεγαλύτερα ποσοστά stress, γεγονός που τις καθιστά περισσότερο ευάλωτες στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Τέλος, αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα Αφρικανικής ή Λατινικής προέλευσης είναι πιο πιθανό να αναφέρουν πιθανά τραυματικά γεγονότα ζωής, κυρίως διαπροσωπικής φύσεως (Valentine et al., 2019).

Βάσει των ανωτέρω πάντοτε θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στο γεωγραφικό και πολιτισμικό πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας, καθώς η γεωγραφική περιοχή ενδέχεται να επηρεάσει τα αποτελέσματα της διάγνωσης και της αξιολόγησης τόσο της σεξουαλικής κακοποίησης, όσο και των συμπτωμάτων του μετατραυματικού stress. Επιπλέον, σε κάθε γεωγραφική περιοχή και σε κάθε διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον, μείζον θέμα αποτελεί η κατανόηση των κοινωνικών και πολιτισμικών στάσεων που επικρατούν αναφορικά με τη βία. Μέσω αυτής της βασικής κατανόησης θα υλοποιηθεί η άμεση παρέμβαση και η όσο το δυνατόν καταλληλότερη αποκατάσταση του τραύματος (Sinko et al., 2019). Τέλος, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ο ρόλος της κουλτούρας του εκάστοτε πολιτισμού καθώς είναι κομβικός, αναφορικά με την επίδοση του νοήματος που αποδίδουν οι άνθρωποι στα συμπτώματα που εμφανίζουν. Η εστίαση στο κομμάτι του νοήματος που επιδίδει στα συμπτώματά του το κάθε υποκείμενο είναι μέγιστης σημασίας αναφορικά με το κομμάτι της επιλογής της κατάλληλης θεραπείας και παρέμβασης (Marques et al., 2011).

1.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΥ ΥΠΟΒΑΘΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Εξέχοντος ενδιαφέροντος είναι η διερεύνηση του ρόλου της κουλτούρας και των διαφορών μεταξύ πολιτισμικών πλαισίων, καθώς και η επίδραση αυτών στην εμφάνιση και εκδήλωση του διαπροσωπικού τραύματος και των αυτοκτονικών συμπεριφορών. Οι διαφορές μεταξύ της κάθε κουλτούρας αφορούν τον τρόπο με τον οποίο ο εκάστοτε πολιτισμός ερμηνεύει τον ψυχικό πόνο ή τις εκδηλώσεις της ψυχικής νόσου. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες στην περίπτωση των προσφύγων και των μεταναστών όπως εντοπίστηκε από τους Kliewer και Ward (1988), McDonald και Steel (1997) υπάρχει αυξημένη συσχέτιση μεταξύ μετανάστευσης και απόπειρας αυτοκτονίας κυρίως από τον γυναικείο πληθυσμό.

Μία πιθανή ερμηνεία αναφορικά με τα συγκεκριμένα ποσοστά ενδέχεται να αποτελεί το γεγονός ότι οι γυναίκες δεν ερωτήθηκαν αναφορικά με την μετεγκατάστασή τους σε κάποιον άλλον τόπο, αλλά η απόφαση αυτή πάρθηκε από τον σύζυγο τους ή κάποια άλλη ανδρική φιγούρα της οικογένειάς τους. Άλλες έρευνες εστιάζουν στα αντίθετα ευρήματα τα οποία εκτιμούν ότι οι γυναίκες κατόπιν της μετεγκατάστασής τους σε άλλη πατρίδα, αποκτούν μία ελευθερία και μία παραπάνω αυτονομία (Hondagneu-Sotelo, 1994), η οποία φαίνεται να δρα θετικά ως προς τις ίδιες και να αποτελεί περισσότερο παράγοντα ενδυνάμωσης παρά επιβαρυντικό παράγοντα. Στην περίπτωση των προσφύγων και των μεταναστών δεν πρέπει να αγνοούμε τις επιδράσεις που επιφέρουν στον ψυχισμό τους η ξενοφοβία, ο ρατσισμός και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Τα παραπάνω κοινωνικά φαινόμενα είναι άμεσα συνδεδεμένα με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες προσφύγων και μεταναστών, ειδικά όταν τα άτομα ζουν αποκλεισμένα χωρίς να διαθέτουν οποιοδήποτε υποστηρικτικό πλαίσιο, το οποίο να βοηθάει στην ενδυνάμωση τους ή την ένταξή τους εντός του κοινωνικού πλαισίου διαβίωσης (Stewart, 2005).

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΤΕΣ

2.1 Η ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΤΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ

Η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού εντός των πλαισίων του οικογενειακού του περιβάλλοντος, αποτελεί ένα εξαιρετικά ευαίσθητο θέμα και ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά ζητήματα. Η αποκάλυψη αυτού του είδους της κακοποίησης σε βάρος του παιδιού, αποκαλύπτεται εξαιρετικά δύσκολα, λόγω του ότι η ενδοοικογενειακή κακοποίηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον κοινωνικό στιγματισμό, την ενοχή, τον φόβο και την απόκρυψη. Το παιδί γίνεται θύμα των ενηλίκων και της εξουσίας αυτών μέσα στην οικογένεια του, λόγω της εμπιστοσύνης που δείχνει. Ένα παιδί είναι άμεσα εξαρτώμενο από την οικογένεια του, καθώς χαρακτηρίζεται από μία φυσιολογική ψυχολογική και σωματική ανωριμότητα και έχει άμεση ανάγκη την υποστήριξη και την πλαισίωση από ένα οικογενειακό πλαίσιο. Όταν το παιδί βρεθεί στη θέση του θύματος, με θύτη μέλος της οικογένειάς του, βιώνει έντονο αίσθημα απελπισίας και αβοήθητου. Δεν βρίσκει τρόπο διαφυγής, καταπνίγεται από αισθήματα ντροπής και ενοχής και δεν είναι σε θέση να προχωρήσει στην αποκάλυψη αυτού του οικογενειακού «μυστικού, το οποίο στην πλειοψηφία των περιπτώσεων συγκαλύπτεται από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Λάγγαρη, Β., 2006).

2.2 ΟΙ ΡΙΖΕΣ ΤΗΣ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Εστιάζοντας στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ελληνικού πολιτισμικού πλαισίου ο όρος «ενδοοικογενειακή» φαντάζει ως κάτι «σκοτεινό» και καλά κρυμμένο. Όπως ορίζει και η αρχαία ελληνική παροιμία «τα εν οίκω, μη εν δήμω», που σημαίνει ότι όσα συμβαίνουν εντός της οικογενειακής εστίας είναι καλύτερα να μην γνωστοποιούνται σε τρίτους εκτός της οικογένειας. Βάση της ιστορικής αναδρομής, η Ελλάδα φαίνεται να καθυστέρησε αρκετά στη διαμόρφωση κατάλληλου νομικού και θεσμικού πλαισίου αναφορικά με την ενδοοικογενειακή βία. Με την είσοδο της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση φαίνεται να επιταχύνθηκε η θέσπιση σχετικών πλαισίων, ώστε η ελληνική κοινωνία και νομοθεσία να ακολουθεί το Διεθνές και Ευρωπαϊκό δίκαιο, όσο το δυνατόν πιο πιστά, αναφορικά με την προστασία των ατόμων από την υφιστάμενη βία εντός της οικογένειας τους (Γλυνιαδάκη, Κ., Κυριαζή, Α. & Μουρτζάκη, Μ., 2018).

2.3 Ο ΘΥΤΗΣ ΩΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν σε βάθος οι οικογενειακοί τροποποιητές της συσχέτισης της σεξουαλικής κακοποίησης και της εκδήλωσης συμπτωματολογίας διαταραχής μετατραυματικού stress και συγκεκριμένα ο επιβαρυντικός ρόλος της σχέσης μεταξύ θύτη και θύματος. Σύμφωνα με τις επιστημονικές παρατηρήσεις σε περιπτώσεις κατά τις οποίες ο θύτης αποτελεί μέλος του οικείου οικογενειακού περιβάλλοντος του θύματος, οι πιθανότητες εμφάνισης διαφόρων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων τείνουν να αυξάνονται σημαντικά.

Σύμφωνα με σχετικές έρευνες στην πλειοψηφία τους τα συμβάντα σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων διαπράττονται από πρόσωπα του οικείου οικογενειακού περιβάλλοντος και πολύ συχνά συγγενείς των ανηλίκων (McLeer et al., 2014). Βάσει των κλινικών ευρημάτων και δεδομένων, η σεξουαλική κακοποίηση από ένα συγγενικό ή οικείο πρόσωπο δρα επιβαρυντικά στην εμφάνιση του μετατραυματικού stress, καθώς και άλλων συνοδών μορφών ψυχοπαθολογίας (Molnar, Buka & Kessler, 2001). Σύμφωνα με σχετικά στατιστικά δεδομένα οι άνδρες θύτες αποτελούν πατρικές φιγούρες κατά ποσοστό 30%, άτομα που δεν είναι συγγενείς, ωστόσο βρίσκονται στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον του θύματος κατά 19%, καθώς και αδέρφια κατά ποσοστό 13%, σε περιπτώσεις κατά τις οποίες το θύμα βρίσκεται σε ηλικία μικρότερη των 5 ετών στο 50% των περιπτώσεων (Wolf and Pruitt, 2019).

Βάσει των ερευνητικών δεδομένων διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι τα παιδιά τα οποία κακοποιήθηκαν από συγγενικό πρόσωπο εμφανίζουν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες για πιθανή εκδήλωση διαταραχής μετατραυματικού stress, σε σχέση με παιδιά τα οποία κακοποιήθηκαν από πρόσωπα εκτός του οικείου περιβάλλοντος. Επιπροσθέτως, παιδιά που κακοποιήθηκαν από συγγενικό τους πρόσωπο, αναφέρουν αίσθημα συναισθηματικής εγγύτητας με τον οικείο τους θύτη πριν και μετά το συμβάν της κακοποίησης. Τέλος, σε ανάλογες περιπτώσεις κακοποίησης εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος, όταν η κακοποίηση δημοσιοποιήθηκε οι αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις ήταν πολύ περισσότερες, σε σχέση με τις ανάλογες αντιδράσεις κατά τις περιπτώσεις που ο θύτης ήταν άγνωστος ως προς το θύμα (Ullman, 2007).

2.4 ΘΥΤΗΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Σύμφωνα με στατιστικά δεδομένα σχετικής έρευνας των Wolf και Pruitt, οι επιζήσαντες σεξουαλικής κακοποίησης αναφέρουν ότι οι επιθέσεις έγιναν από άνδρες σε ποσοστό 93% και από γυναίκες σε ποσοστό μόλις 7% (Wolf and Pruitt, 2019). Αυτή η μεγάλη διαφοροποίηση των ποσοστών οδηγεί στο να σημειωθεί ο αισθητά σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει το φύλο του θύτη, καθώς τόσο τα χαρακτηριστικά του θύτη όσο και του θύματος είναι ένας πολύ σημαντικός προγνωστικός παράγοντας, αναφορικά με την άμεση πρόληψη και την εστιασμένη παρέμβαση σε συγκεκριμένες ομάδες στόχους, ώστε να μειωθούν τα συμβάντα κακοποίησης όσο το δυνατόν περισσότερο.

Σύμφωνα με ευρήματα άλλης σχετικής έρευνας η εμφάνιση αγχώδους διαταραχής είναι επίσης άμεσα σχετιζόμενη με το φύλο του θύτη. Οι δράστες οι οποίοι ήταν άνδρες σχετιζόνταν σε μεγαλύτερο βαθμό με την εμφάνιση διαταραχών άγχους στα θύματα. Επιπλέον, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα αναφορικά με τη συσχέτιση των διαταραχών της διάθεσης και της διαταραχής μετατραυματικού stress με την ύπαρξη εξαναγκασμού σχετικά με τη διατήρηση της μυστικότητας αναφορικά με το κακοποιητικό συμβάν. Τέλος, το φύλο του δράστη παρουσίασε σημαντικές επιδράσεις στην ανάπτυξη κάθε μορφής ψυχοπαθολογίας (Ackerman et al., 1998).

Βάσει των προαναφερθέντων ευρημάτων καθίσταται σαφές το γεγονός ότι υπάρχουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία συνθέτουν το κύριο προφίλ ενός θύτη. Πολύ συχνά ακόμη και τα επιμέρους χαρακτηριστικά του θύτη, όπως για παράδειγμα η ηλικία του ή ο βαθμός συγγένειας με το θύμα φαίνεται να έχουν αρκετές επιπτώσεις στην εμφάνιση διαφόρων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (μετατραυματικά και καταθλιπτικά συμπτώματα,

σωματοποίηση, αποσύνδεση ή απόσυρση) σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής του θύματος, καθώς το τραύμα φαίνεται να βιώνεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε διαφορετικό αναπτυξιακό στάδιο ή φάση ζωής του ατόμου.

3. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση ακολουθήθηκε ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο και από τους τρεις συγγραφείς (B.M., A.Π., Σ.Μ.), το οποίο είναι διαθέσιμο κατόπιν σχετικού αιτήματος. Στην μελέτη χρησιμοποιήθηκαν προοπτικές και αναδρομικές μελέτες Κοόρτης, Ασθενών-Μαρτύρων καθώς και Συγχρονικές Μελέτες (Πίνακας 1). Κεντρικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν το να μελετηθεί σε βάθος η σχέση μεταξύ του ιστορικού παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης των υποκειμένων και της εμφάνισης συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Stress. Επιπροσθέτως, η μετα-ανάλυση βασίστηκε στις κατευθυντήριες της Prisma Checklist. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν αγόρια και κορίτσια, σεξουαλικά κακοποιημένα ή μη, κατά την περίοδο της παιδικής, εφηβικής ηλικίας ή νεαρής ενήλικης ζωής. Το δείγμα ενδέχεται να εμφανίζει ή να μην εμφανίζει συμπτωματολογία ή διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού stress.

Επιπλέον, αναλύθηκαν αποκλειστικά οι έρευνες στις οποίες η ηλικία του δείγματος δεν ξεπερνούσε τα 21 έτη. Έρευνες οι οποίες έκαναν αναφορές σε γενικού τύπου παιδική κακοποίηση, χωρίς να αναφέρουν συγκεκριμένα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία, καθώς επίσης και οι έρευνες οι οποίες εστίαζαν κατά κύριο λόγο στην παρέμβαση και στην θεραπεία της διαταραχής μετατραυματικού stress, αποκλείστηκαν καθώς το περιεχόμενό τους δεν σχετιζόταν άμεσα με το επιστημονικό ζητούμενο της παρούσας μελέτης. Για την διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού stress, οι έρευνες χρησιμοποίησαν συγκεκριμένα διαγνωστικά εργαλεία όπως είναι τα ακόλουθα: (ICD-11, ICD-10, DSM-III, DSM-IV, DSM-V), (ICD-11, 2019, ICD-10, 2008, APA, 1987, APA, 1994, APA, 2013). Δεν υπήρξε περιορισμός αναφορικά με τη γεωγραφική καταγωγή της έρευνας και τον τόπο στον οποίο έλαβε χώρα, ωστόσο αναλύθηκαν μόνο οι έρευνες που είχαν συγγραφεί στην αγγλική γλώσσα.

Όλα τα σχετικά άρθρα τα οποία συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση εντοπίστηκαν σε συγκεκριμένη βάση δεδομένων PubMed (US National Library of Medicine National Institutes of Health), κατόπιν σχετικής αναζήτησης βάσει συγκεκριμένου αλγόριθμου, με τελική ημερομηνία αναζήτησης την 31^η Αυγούστου του 2018. Ο αλγόριθμος ο οποίος χρησιμοποιήθηκε είναι ακόλουθος:

((sexual AND (abuse OR harassment OR molestation OR assault OR violence)) OR rape) AND (PTSD OR “post-traumatic stress disorder”) AND (child OR children OR childhood OR adolescent OR adolescents OR adolescence). Στην πορεία της διαδικασίας ακολουθήθηκε η μέθοδος της χιονοστιβάδας μέσω της οποίας έγινε αναζήτηση επιπλέον σχετικών άρθρων βάσει της βιβλιογραφίας των ήδη επιλεγμένων άρθρων, που ενέπιπταν στα σχετικά κριτήρια και αναλύθηκαν στη παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-αναλύση.

Οι τρεις συγγραφείς (B.M., A.Π., Σ.Μ.) εργάστηκαν σε ζεύγη εφαρμόζοντας σύστημα τυφλοποίησης. Σε περίπτωση διαφωνίας οι συγγραφείς πραγματοποιούσαν συνεδρίαση με τον τέταρτο συγγραφέα και επόπτη της διαδικασίας (Θ.Ν.Σ.).

3.1 ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Κατά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων οι βασικές μεταβλητές οι οποίες αναζητήθηκαν εντός των ερευνών ήταν οι ακόλουθες: η περιοχή στην οποία έλαβαν χώρα οι έρευνες, η χρονική περίοδος κατά την οποία διεξήχθη η έρευνα, ο σχεδιασμός της, το αν και πότε πραγματοποιήθηκε επανέλεγχος των μετρήσεων στην περίπτωση των προοπτικών μελετών, το μέγεθος του δείγματος, τα ποσοστά των αγοριών που συμμετείχαν στις έρευνες, ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων, το εύρος των ηλικιών, τα πλαίσια εντός των οποίων διεξήχθη η κάθε έρευνα (Σχολείο, Κολλέγιο/Πανεπιστήμιο, Κοινότητα, Νοσοκομειακό πλαίσιο, εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας) (**Πίνακας 1**). Επιπροσθέτως, τα δεδομένα που εντοπίστηκαν και αναλύθηκαν αφορούσαν στον ορισμό που χρησιμοποιήθηκε από την κάθε έρευνα ξεχωριστά, ώστε να οριστεί συγκεκριμένα το περιεχόμενο της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και της διαταραχής του μετατραυματικού stress, καθώς επίσης και το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε μεταξύ της κακοποίησης και της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της διαταραχής (**Πίνακας 1**). Επιπλέον, άλλες κύριες μεταβλητές οι οποίες αναλύθηκαν αφορούσαν στην επαναληψιμότητα της σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και στην ηλικία κατά την οποία έλαβε χώρα, στην ταυτόχρονη συνύπαρξη άλλων ειδών κακοποίησης (αποκλειστικά για τα ήδη σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά), στο ιστορικό χρήσης ουσιών ή αλκοόλ από τους γονείς, στο ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής στην οικογένεια του παιδιού, καθώς και στη συννοσηρότητα του μετατραυματικού stress, με τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών από πλευράς των σεξουαλικά κακοποιημένων ανηλίκων. Επιπλέον, έγινε αναφορά στη χρήση της μονομεταβλητής και της πολυμεταβλητής ανάλυσης εντός των ερευνών. Στην περίπτωση της πολυμεταβλητής

ανάλυσης, αναλύθηκαν και εντοπίστηκαν αναλόγως οι μεταβλητές που παρεμβάλλονται με πιθανό ενδεχόμενο να επηρεάζουν τα στατιστικά αποτελέσματα που δίνονται για τη σχέση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης και διαταραχής μετατραυματικού stress. Οι πολυμεταβλητές αναλύσεις προτιμήθηκαν κατά τις περιπτώσεις που αυτό ήταν εφικτό **(Πίνακας 2)**.

Τέλος, για τον εντοπισμό και την ανάλυση όλων των δεδομένων των ερευνών **(Πίνακας 1 και 2)** οι ερευνητές δούλεψαν σε ζεύγη, ανεξάρτητα μεταξύ τους, εφαρμόζοντας τυφλό σύστημα. Για την ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση υπολογιστικού φύλλου excel (Google spreadsheet form).

3.2 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΥ ΣΦΑΛΜΑΤΟΣ-ΧΡΗΣΗ ΚΛΙΜΑΚΑΣ NEWCASTLE-OTTAWA

Αναφορικά με την ποιοτική ανάλυση των ερευνών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Newcastle-Ottawa (NOS) **(Πίνακας 7)**. Οι τρεις ερευνητές (B.M., A.Π., Σ.Μ.) εργάστηκαν σε ανεξάρτητα μεταξύ τους ζευγάρια, εφαρμόζοντας τη μέθοδο της τυφλοποίησης. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των τριών ερευνητών, οι ίδιοι πραγματοποιούσαν συνεδρίαση με τον τέταρτο συγγραφέα και επόπτη της διαδικασίας (Θ.Ν.Σ.). Τα βασικά εργαλεία μέτρησης της κλίμακας Newcastle-Ottawa για την αξιολόγηση των συγχρονικών μελετών, χρησιμοποιήθηκαν και στην ποιοτική αξιολόγηση κάθε έρευνας ανεξαρτήτως του σχεδιασμού της. Στην περίπτωση των ερευνών ασθενών-μαρτύρων, ως ασθενείς θεωρήθηκαν οι συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση και μάρτυρες οι μη-σεξουαλικά κακοποιημένοι συμμετέχοντες

3.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα μοντέλα Random effects (DerSimonian–Laird) χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό των αποτελεσμάτων pooled odds ratios (ORs) και διάστημα εμπιστοσύνης (95% CIs). Η ετερογένεια μεταξύ των ερευνών υπολογίστηκε βάσει της στατιστικής ανάλυσης Cochran Q statistic and by estimating I^2 . Πραγματοποιήθηκε ξεχωριστή ανάλυση στις έρευνες που αφορούσαν σε αγόρια, σε κορίτσια ή και στα δύο φύλα. Σε κάθε περίπτωση πραγματοποιήθηκε ανάλυση των υποκατηγοριών αναφορικά με τη γεωγραφική καταγωγή και την κατηγορία αναφοράς (απουσία υφιστάμενης κακοποίησης ή άλλο είδος κακοποίησης). Το σφάλμα δημοσίευσης αξιολογήθηκε βάσει του Egger's statistical test. Η

στατιστική ανάλυση βασίστηκε στη χρήση της Stata/SE version 13 (Stata Corp., College Station, TX, USA), (Σχήμα 5).

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΡΕΥΝΩΝ

Το διάγραμμα ροής (Σχήμα 4) περιγράφει αναλυτικά την διαδικασία που ακολουθήθηκε για την επιλογή των τελικών ερευνών οι οποίες ενέπιπταν στα ερευνητικά κριτήρια τα οποία είχαν καθοριστεί από την ερευνητική ομάδα. Για τις τελικές έρευνες που επιλέχθηκαν εφαρμόστηκε οριζόντια ανάλυση. Ο αλγόριθμος σύμφωνα με τον οποίο έγινε η αναζήτηση στη βάση δεδομένων “PubMed”, ανέδειξε 2.394 σχετικά άρθρα, εκ των οποίων 2.175 χαρακτηρίστηκαν ως μη σχετικά με την έρευνα λόγω του περιεχομένου τους. Επιπλέον, 81 άρθρα αποτελούσαν άλλες Μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις, οι οποίες δεν συμπεριλήφθησαν. Ένα σύνολο 157 άρθρων δεν ενέπιπταν εντός των κριτηρίων επιλογής των ερευνών λόγω της ηλικίας του δείγματος, η οποία ξεπερνούσε το ηλικιακό όριο των 21 ετών, το οποίο είχε οριστεί από τους συγγραφείς. Επιπροσθέτως, υπήρξαν 35 έρευνες των οποίων το δείγμα αποτελούσαν αποκλειστικά σεξουαλικά κακοποιημένα υποκείμενα. Οι έρευνες αυτές δεν ήταν δυνατόν να συμπεριληφθούν, καθώς δεν υπήρχε υγιής πληθυσμός (μη σεξουαλικά κακοποιημένα υποκείμενα) ώστε να υπάρξουν οι απαιτούμενες στατιστικές συγκρίσεις, αναφορικά με την εκδήλωση ή μη, της διαταραχής μετατραυματικού stress. Επιπλέον, 28 ακόμη έρευνες αποκλείστηκαν για άλλους λόγους, όπως ήταν για παράδειγμα η πλήρης απουσία συσχέτισης μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης των υποκειμένων και διαταραχής μετατραυματικού stress ή η απουσία σαφούς διάκρισης του δείγματος μεταξύ των συμμετεχόντων οι οποίοι είχαν υποστεί σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση. Επίσης, έρευνες στις οποίες δεν γινόταν σαφής αναφορά σε OR, RR και Frequencies αποκλείστηκαν από την ερευνητική διαδικασία. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ακολουθήθηκε η μέθοδος της χιονοστιβάδας, κατά την οποία αξιολογήθηκαν επιπλέον 104 έρευνες. Το σύνολο των επιλέξιμων ερευνών το οποίο προέκυψε από τη διαδικασία ήταν 22, ωστόσο λόγω αλληλοεπικάλυψης δύο ερευνών ο τελικός αριθμός αυτών που πληρούσαν τις ερευνητικές προδιαγραφές και συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση ήταν 21 έρευνες. Η οριζόντια ανάλυση των ερευνών και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε έρευνας παρουσιάζονται αναλυτικά στους σχετικούς πίνακες (Πίνακας 1 και 2).

4.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

4.2.1 Περιογή, Περίοδος έρευνας, Σχεδιασμός, Επανεκτίμηση (Follow-up)

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση επιλέχθηκαν και αναλύθηκαν συνολικά 21 έρευνες εκ των οποίων οι 16 έλαβαν χώρα στις Ηνωμένες Πολιτείες (Ackerman et al., 1998, Brand et al., 1996, Glod & Teicher, 1996, Conway et al., 2013, Dykman et al., 1997, Ford et al., 2010, Frounfelker et al., 2013, Giaconia et al., 1995, Hidalgo et al., 2015, Lipschitz et al., 1999, Mcleer et al., 1994, Salazaret al., 2012, Sanders et al., 2017, Hunt, Martens & Belcher, 2011, Dubner & Motta, 1999, Weierich & Nock, 2008), 1 στον Καναδά και συγκεκριμένα στην περιοχή του Μόντρεαλ (Bernard-Bonnin et al., 2008). Επιπλέον, δύο έρευνες διεξήχθησαν σε χώρες της Ευρώπης και πιο συγκεκριμένα η πρώτη στην Ιταλία (De Rose et al., 2016) και η δεύτερη στη Γερμανία (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016). Τέλος, συμπεριλήφθησαν και δύο έρευνες οι οποίες είχαν διεξαχθεί στην περιοχή της Νοτίου Αφρικής (Nothling, Simmons, Suliman, & Seedat, 2017, Ward et al., 2018).

Επιπροσθέτως, πληροφορίες αναφορικά με τη χρονική διάρκεια της μελέτης αναφέρθηκαν συνολικά σε πέντε έρευνες. Εστιάζοντας πιο συγκεκριμένα σε μία έρευνα η χρονική διάρκεια της μελέτης ήταν ένας χρόνος από το έτος 2012 έως το έτος 2013 (Frounfelker et al., 2013). Σε άλλη έρευνα η συνολική διάρκεια ήταν 6 έτη από το 2009 έως το 2015 (Hidalgo et al., 2015). Επιπλέον, συμπεριλήφθηκε έρευνα η οποία είχε διάρκεια διεξαγωγής τα 7 έτη (Sanders et al., 2017). Τέλος, δύο εκ των ερευνών αναφέρουν διάρκεια διεξαγωγής τα 2 έτη, με την πρώτη να χρονολογείται από το έτος 2012 έως το έτος 2014 (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016) και τη δεύτερη από το έτος 2013 έως το έτος 2015 (Ward et al., 2018).

Αναφορικά με το σχεδιασμό των επιλεγμένων ερευνών από το σύνολο των 21 ερευνών, οι 11 από αυτές αποτελούν συγχρονικές μελέτες (Ackerman et al., 1998, De Rose et al., 2016, Dykman et al., 1997, Ford et al., 2010, Frounfelker et al., 2013, Lipschitz et al., 1999, Nothling, Simmons, Suliman, & Seedat 2017, Sanders et al., 2017, Ward et al., 2018, Hunt, Martens & Belcher, 2011, Weierich & Nock, 2008), μία έρευνα με σχεδιασμό συγχρονικής μελέτης η οποία έχει αξιολογηθεί ως μελέτη κοόρτης (Salazar et al., 2013), 7 έρευνες αποτελούν μελέτες ασθενών-μαρτύρων (Bernard-Bonnin et al., 2008, Brand et al., 1996, Glod & Teicher, 1996, Conway et al., 2013, Mcleer et al., 1994, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Dubner & Motta, 1999). Τέλος, δύο μελέτες έχουν σχεδιασμό μελετών κοόρτης (Giaconia et al., 1995, Hidalgo et al., 2015). Στην περίπτωση της πρώτης μελέτης

κοόρτης αναφέρεται επαναληπτική εξέταση (follow-up) του δείγματος για 13 συνεχή έτη και στην περίπτωση της δεύτερης αναφέρεται ανάλογη επαναληπτική εξέταση του δείγματος ανά 6 μήνες αποκλειστικά κατά την περίοδο της διεξαγωγής της έρευνας.

4.2.2 Μέγεθος του δείγματος, Ηλικία, Χαρακτηριστικά, Τόπος διεξαγωγής της έρευνας

Συνολικά 7 μελέτες ασθενών-μαρτύρων συμπεριλήφθησαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. Από αυτές οι 4 αναφέρουν ως ασθενείς (cases) τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά ή εφήβους (Bernard-Bonnin et al., 2008, Conway et al., 2013, Mcleer et al., 1994, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016). Σε μία έρευνα οι ομάδα των μαρτύρων (controls) δεν είχε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση, ωστόσο οι μάρτυρες έφεραν ιστορικό άλλων ειδών κακοποίησης (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016), ενώ παράλληλα στις υπόλοιπες έρευνες οι μάρτυρες ήταν πλήρως υγιή υποκείμενα. Τέλος, στην έρευνα του Brand (Brand et al., 1996) τόσο τα σεξουαλικά κακοποιημένα υποκείμενα, όσο και τα μη σεξουαλικά κακοποιημένα, έφεραν διάγνωση κατάθλιψης και στην τελευταία έρευνα ασθενών-μαρτύρων ως ασθενείς (cases) θεωρήθηκαν τα υποκείμενα της έρευνας τα οποία είχαν υποστεί τόσο σωματική, όσο και σεξουαλική κακοποίησης, ενώ ως μάρτυρες (controls) θεωρήθηκαν τα πλήρως υγιή υποκείμενα που συμμετείχαν στην έρευνα (Glod & Teicher, 1996).

Εστιάζοντας στα επιμέρους χαρακτηριστικά των ερευνών σε δύο μελέτες το δείγμα αποτελούσαν αποκλειστικά κορίτσια (Bernard-Bonnin et al., 2008, Brand et al., 1996), ενώ παράλληλα σε μία ακόμη έρευνα το δείγμα αποτελούσαν αποκλειστικά αγόρια (Hidalgo et al., 2015). Το ηλικιακό φάσμα των συμμετεχόντων στις έρευνες κυμαινόταν από τα 8.8 έτη έως και τα 19.6 έτη, με το νεαρότερο υποκείμενο να βρίσκεται στην ηλικία των 2 ετών (De Rose et al., 2016) και το μεγαλύτερο στην ηλικία των 21 ετών (Frounfelker et al., 2013).

Αναφορικά με το πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας και εύρεσης του σχετικού δείγματος, σε 8 έρευνες εντοπίστηκε συνδυασμός πλαισίων (Ackerman et al., 1998). Πιο συγκεκριμένα το δείγμα είχε επιλεγθεί από νοσοκομειακά πλαίσια, αλλά και από εξω-νοσοκομειακά πλαίσια παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, 3 έρευνες αναφέρουν ως πλαίσια συλλογής του δείγματος πλαίσια νοσοκομειακά ή πλαίσια γενικού πληθυσμού εντός της κοινότητας, στα οποία έχουν πρόσβαση ανεξαιρέτως όλα τα μέλη της κοινότητας (Bernard-Bonnin et al., 2008, Glod & Teicher, 1996, Dykman et al., 1997). Εντοπίστηκαν έρευνες στις οποίες η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε σε κάποιο εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και ένα ακόμη πλαίσιο γενικού πληθυσμού (Münzer, Fegert &

Goldbeck, 2016). Επιπροσθέτως, μία ακόμη έρευνα συγκέντρωσε τον πληθυσμό της από την κοινότητα καθώς και από σχολικό πλαίσιο (Ward et al, 2018). Τέλος, εντοπίστηκαν έρευνες στις οποίες το πλαίσιο συλλογής του δείγματος και διεξαγωγής της έρευνας ήταν αποκλειστικά ένα, όπως για παράδειγμα στις 5 έρευνες οι οποίες διεξήχθησαν σε πληθυσμό νοσοκομειακού πλαισίου (Brand et al., 1996, Conway et al., 2013, De Rose et al., 2016, Frounfelker et al., 2013, Lipschitz et al., 1999), και 4 στα πλαίσια του γενικού πληθυσμού (Ford et al., 2009, Hidalgo et al., 2015, Sanders et al., 2017, Weierich & Nock, 2008). Τέλος, σε μία έρευνα το δείγμα προήλθε αποκλειστικά από σχολικό πλαίσιο (Giaconia et al., 1995) και σε δύο επιπλέον προήλθε αποκλειστικά από εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (McLeer et al., 1994, Salazar et al., 2013).

4.3 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Στις έρευνες χρησιμοποιήθηκαν ποικίλοι τρόποι και εργαλεία ώστε να προσδιοριστεί και να μετρηθεί η υφιστάμενη σεξουαλική κακοποίηση του υποκειμένου. Αρχικά, σε έξι έρευνες χρησιμοποιήθηκαν δομημένες κλινικές συνεντεύξεις και αξιολογήσεις, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από εξειδικευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Ackerman et al., 1998, Nöthling, Simmons, Suliman, & Seedat, 2017, Sanders et al., 2017, De Rose et al., 2016, Giaconia et al., 1995, Dubner & Motta, 1999). Σε δύο έρευνες εξειδικευμένοι κλινικοί κατέγραψαν το ιστορικό αναφορικά με παρελθοντική σεξουαλική κακοποίηση των υποκειμένων (Frounfelker et al., 2013, Bernard-Bonnin et al., 2008). Σε επτά έρευνες εφαρμόστηκε χρήση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς τα οποία συμπληρώνονταν από τα παιδιά και τους εφήβους (Ward et al., 2018, Salazar et al., 2013, Hidalgo et al., 2015, Weierich & Nock, 2008, Lipschitz et al., 1999, Hunt, Martens & Belcher, 2011, Ford et al., 2010).

Επιπροσθέτως, για την αξιολόγηση της σεξουαλικής κακοποίησης έγινε χρήση ημι-δομημένων ερωτηματολογίων σε δύο έρευνες (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Brand et al., 1996). Σε δύο έρευνες υποβλήθηκαν σε συνέντευξη και οι φροντιστές των ανηλίκων (Conway et al., 2013, Glod & Teicher, 1996). Επιπλέον, σε συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε συνέντευξη με σκοπό την ορθή λήψη του κλινικού ιστορικού (McLeer et al., 1994). Στην έρευνα του Dykman et al., 1997 δεν γίνεται αναφορά από τους συγγραφείς σε σχέση με τη χρήση συγκεκριμένου εργαλείου για την αξιολόγηση της υφιστάμενης σεξουαλικής κακοποίησης. Αναλυτικές πληροφορίες σε σχέση με τα προαναφερθέντα στοιχεία παρέχονται αναλυτικά στον **Πίνακα 6**.

4.4 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS (PTSD)

Όσον αφορά στη διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού stress, καθώς και τη σχετική συμπτωματολογία του δείγματος σε έξι έρευνες γίνεται αναφορά στη διεξαγωγή κλινικών συνεντεύξεων από ψυχολόγους και ψυχιάτρους (Sanders et al., 2017, De Rose et al., 2016, Conway et al., 2013, Frounfelker et al., 2013, Dubner & Motta, 1999, Giaconia et al., 1995). Οκτώ δομημένες συνεντεύξεις διεξήχθησαν με στόχο την ανίχνευση της παρουσίας του μετατραυματικού stress (Ackerman et al., 1998, Brand et al., 1996, Hidalgo et al., 2015, Weierich & Nock, 2008, McLeer et al., 1994, Nöthling, Simons, Suliman, & Seedat, 2017, Dykman et al., 1997, Salazar et al., 2013). Σε μία έρευνα πραγματοποιήθηκε συνδυασμός εργαλείων, καθώς έγινε παράλληλη χρήση δομημένης συνέντευξης, εργαλείου αυτό-αναφοράς, καθώς και άλλων επιπρόσθετων ιατρικών δεδομένων (Lipschitz et al., 1999).

Επιπλέον, σε δύο έρευνες πραγματοποιήθηκε χρήση ημι-δομημένων συνεντεύξεων (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016 and Glod & Teicher, 1996) και σε τέσσερις έρευνες χρήση εργαλείων αυτό-αναφοράς (Ward et al., 2018, Hunt, Martens & Belcher, 2011, Bernard-Bonnin et al., 2008, Ford et al., 2009).

Τέλος, αναφορικά με τα διαγνωστικά κριτήρια του PTSD, επτά έρευνες βασίστηκαν στα κριτήρια του DSM-IV (De Rose et al., 2016, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Hidalgo et al., 2015, Frounfelker et al., 2013, Salazar et al., 2013, Dubner & Motta, 1999, Hunt, Martens & Belcher, 2011) και τρεις στο DSM-III (Lipschitz et al., 1999, Ackerman et al., 1998, Giaconia et al., 1995). Σε μία έρευνα πραγματοποιήθηκε συνδυασμός διαγνωστικών εργαλείων από το DSM-IV, DSM-V (Sanders et al., 2017). Στις υπόλοιπες έρευνες δεν γίνεται αναφορά σε οποιαδήποτε ταξινόμηση η οποία να βασίζεται στο DSM. Αναλυτικές πληροφορίες σε σχέση με τα προαναφερθέντα στοιχεία παρέχονται αναλυτικά στον **Πίνακα 6**.

4.5 ΘΥΤΕΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΓΝΩΣΤΟΙ ΘΥΤΕΣ)

Βάσει των συγκεκριμένων ερευνών οι οποίες συμπεριλήφθησαν στην παρούσα μετα-ανάλυση προκύπτουν κάποιες βασικές και σημαντικές πληροφορίες αναφορικά με το ρόλο του θύτη, του ατόμου δηλαδή το οποίο διέπραξε τη σεξουαλική κακοποίηση εναντίον κάποιου ανήλικου θύματος. Αρχικά εντός σχετικής έρευνας αναφέρονται συγκεκριμένα ποσοστά

σεξουαλικής κακοποίησης από τρεις διαφορετικές κατηγορίες θυτών. Η σεξουαλική κακοποίηση σε αυτήν την περίπτωση διαπράχθηκε σε ποσοστό 2.20% από άλλον ανήλικο, σε ποσοστό 0.64% από κάποιον άγνωστο ενήλικα και τέλος από κάποιον ενήλικα γνωστό ως προς το ανήλικο θύμα σε ποσοστό 2.10% (Ward et al., 2018). Σε επόμενη συμπεριλαμβανόμενη έρευνα αναφέρονται ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης αγοριών από τον γονέα ή κάποιον ερωτικό σύντροφο του γονέα σε ποσοστό 21.4% (Sanders et al., 2017). Στην ίδια έρευνα γίνεται αναφορά σε ποσοστά κακοποίησης από ενήλικο συγγενή του θύματος με αναφερόμενα ποσοστά 14.3% για τα αγόρια και 28.7% για τα κορίτσια. Επιπλέον, στην ίδια έρευνα εντοπίστηκε κακοποίηση των ανήλικων θυμάτων από οικείο πρόσωπο το οποίο δεν αποτελούσε μέλος της οικογένειας σε ποσοστό 5.6% για τα κορίτσια και 28.6% για τα αγόρια. Επίσης, σημειώθηκε ποσοστό κακοποίησης από άγνωστο ενήλικα σε ποσοστό 22.2% για τα κορίτσια και 7.1% για τα αγόρια, καθώς επίσης και από συγγενικό πρόσωπο του παιδιού σε ποσοστό 5.6% για τα κορίτσια και 28.6% για τα αγόρια. Τέλος, αναφέρθηκαν ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκων από κάποιο άτομο γνωστό ως προς το θύμα, χωρίς ωστόσο να ανήκει στο οικογενειακό του περιβάλλον (14.3% αγόρια, 22.2% κορίτσια).

Στη συνέχεια εντός άλλης σχετικής έρευνας αναφέρονται ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης των ανήλικων θυμάτων, είτε από γνωστό στο θύμα ενήλικα (54.3%), είτε από άλλο συνομήλικο (35.7%), είτε από άγνωστο ενήλικα (11.4%) (Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016). Τέλος, η τελευταία έρευνα εκ των 4 ερευνών οι οποίες αναφέρουν πληροφορίες σχετικές με τα χαρακτηριστικά του θύτη, καθώς και τη σχέση του με το θύμα αναφέρει ότι ο θύτης σε ποσοστό 49.2% αποτελούσε μέλος του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και σε ποσοστό 19.4%, αποτελούσε μέλος του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος (Bernard-Bonnin et al., 2008). Βάσει των προαναφερθέντων στοιχείων γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι σε ποσοστό 68.6% ο ενήλικος θύτης προέρχεται από το οικογενειακό περιβάλλον του θύματος. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι ο θύτης αποτελούσε γνωστό ως προς το θύμα πρόσωπο, χωρίς να ανήκει στο οικογενειακό του περιβάλλον σε ποσοστό 25.4%. Τέλος, ο θύτης αποτελούσε άγνωστο πρόσωπο του θύματος μόλις σε ποσοστό 6.0%, γεγονός που δεν μας εκπλήσσει σε σύγκριση με τα προαναφερθέντα ποσοστά. Σε όλες τις υπόλοιπες έρευνες δεν δίνονται πληροφορίες αναφορικά με άλλα χαρακτηριστικά και ιδιότητες του θύτη ή αναφορικά με τη σχέση του και την εγγύτητα του ως προς το ανήλικο θύμα.

Συνοψίζοντας βάσει της πλειοψηφίας των ποσοστών που προκύπτουν από τα ερευνητικά δεδομένα, καταλήγουμε με ευκολία στο συμπέρασμα ότι σε μεγάλο βαθμό η σεξουαλική κακοποίηση των ανήλικων θυμάτων, προέρχεται κατά βάση από άτομα οικεία ως προς το θύμα, τα οποία προέρχονται από το στενό ή το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον των

θυμάτων. Τα αναφερόμενα ποσοστά για τους θύτες οι οποίοι αποτελούσαν άγνωστα πρόσωπα ως προς τα θύματα, φαίνεται να είναι αρκετά χαμηλά, σε σχέση με τα ποσοστά κακοποίησης από οικεία πρόσωπα.

Επιπροσθέτως, σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν τα υψηλά ποσοστά τα οποία αναφέρονται στη σχετική βιβλιογραφία και αναφέρονται στην κακοποίηση των παιδιών εντός της μονογονεϊκής οικογένειας από συντρόφους των γονέων τους και κυρίως της μητέρας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος της σεξουαλικής κακοποίησης από κάποιον συνομήλικό του θύματος. Υψηλά ποσοστά σχετικά με το φαινόμενο αυτό εντοπίζονται εντός μίας μόνο έρευνας στην παρούσα μετα-ανάλυση, ωστόσο η σχετική και σύγχρονη βιβλιογραφία φαίνεται να επιβεβαιώνει τα προαναφερθέντα ευρήματα αναφορικά με το συγκεκριμένο φαινόμενο. Η κακοποίηση των ανηλίκων από άλλους ανήλικους θύτες, σχετίζεται άμεσα με την πιθανή σεξουαλική, σωματική ή ψυχολογική κακοποίηση των ίδιων των θυτών εντός του δικού τους οικογενειακού περιβάλλοντος.

4.6 ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ, ΗΛΙΚΙΑ ΤΟΥ ΘΥΜΑΤΟΣ, ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΕΙΔΩΝ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ

Αναφορικά με την επανάληψη και τη συχνότητα των βίαιων περιστατικών βάσει των ερευνητικών δεδομένων τα οποία αναλύθηκαν και μελετήθηκαν, προκύπτει ότι σε ποσοστό 80% (Lipschitz et al., 1999) τα περιστατικά της σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν επαναλαμβανόμενα, πολλαπλά συμβάντα και όχι μεμονωμένα περιστατικά. Σε σχέση με την ηλικία των θυμάτων σεξουαλικής βίας, σε δύο έρευνες γίνεται αναφορά σε συμβάντα σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία και συγκεκριμένα μεταξύ 2 και 9 ετών (Lipschitz et al., 1999, Glod & Teicher, 1996). Επιπροσθέτως, στις έρευνες τα υποκείμενα αρκετά συχνά είχαν υποστεί και άλλους τύπους κακοποίησης, πέραν της σεξουαλικής, όπως για παράδειγμα συναισθηματική και σωματική κακοποίηση, καθώς και παραμέληση, είτε εντός είτε εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η σωματική κακοποίηση σε ποσοστό ανώτερο του 23%, διαπράττεται κυρίως από τους γονείς, κηδεμόνες ή φροντιστές των ανηλίκων κατά 70% (Munjer, Fegert & Goldbeck, 2016, Dykman et al., 1997). Η συναισθηματική κακοποίηση ακολουθεί με αναφερόμενα ποσοστά της τάξεως του 12.5% και 55% (Ward et al., 2018, Munzer, Fegert & Goldbeck, 2016), με κύριους και βασικούς θύτες τους φροντιστές των ανηλίκων.

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μόνο 6 από τις 21 έρευνες αναφέρουν συγκεκριμένους υποτύπους σεξουαλικής κακοποίησης. Στην πρώτη έρευνα (Ward et

al., 2018) αναφέρθηκαν συγκεκριμένα ποσοστά σεξουαλικής κακοποίησης μέσω επαφής (4.94%), εξαναγκασμός του παιδιού για σεξουαλική διείσδυση (2.18%), η σεξουαλική κακοποίηση μέσω χρήσης σεξουαλικού υλικού (2.17%), άλλου τύπου σεξουαλικές εμπειρίες με κάποιον ενήλικα, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι σεξουαλικές πράξεις κατά τις οποίες το ανήλικο θύμα δεν έφερε αντίσταση (6.29%), καθώς και κάθε σεξουαλική εμπειρία με κάποιον ενήλικα, κατά την οποία το ανήλικο θύμα δεν συναίνεσε (3.05%). Σε άλλη σχετική έρευνα (Sanders et al., 2017) δεν πραγματοποιήθηκε αναλυτική αναφορά σε συγκεκριμένους υποτύπους σεξουαλικής κακοποίησης, ωστόσο ως σεξουαλική πράξη κακοποίησης, ορίστηκε οποιαδήποτε παράνομη σεξουαλική πράξη εναντίον κάποιου ανηλίκου. Στην τρίτη έρευνα που ακολουθεί και εμπεριέχει σχετική αναφορά (De Rose et al., 2016), αναφέρονται συγκεκριμένοι υποτύποι σεξουαλικής κακοποίησης όπως είναι το φιλί, το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων, η στοματική, πρωκτική ή κολπική διέγερση και τέλος η διείσδυση. Σε ακόλουθη έρευνα οι συγκεκριμένοι τύποι σεξουαλικής κακοποίησης οι οποίοι αναφέρθηκαν και ορίστηκαν είναι ο βιασμός, η σεξουαλική έκθεση, η λεκτική σεξουαλική παρενόχληση, η επίδειξη των γεννητικών οργάνων ή οποιαδήποτε ανάρμοστη, σεξουαλική συμπεριφορά. Επιπλέον, στην Πέμπτη έρευνα που αναφέρει συγκεκριμένους τύπους σεξουαλικής κακοποίησης ή παρενόχλησης, αναφέρεται το άγγιγμα των γεννητικών οργάνων, καθώς επίσης και η διείσδυση ή απόπειρα (επίθεση) διείσδυσης, κολπικά, πρωκτικά ή στοματικά (Hidalgo et al., 2015).

Συνοψίζοντας η έκτη και τελευταία έρευνα, η οποία κάνει αναφορά στους τύπους σεξουαλικής κακοποίησης (Giaconia et al., 1995) κάνει αναφορά σε περιστατικά βιασμού (2%) χωρίς να αναφέρει περισσότερες συγκεκριμένες κατηγορίες. Τέλος, στη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση στην πλειοψηφία των ερευνών, δεν αναφέρονταν συγκεκριμένα ποσοστά και υποκατηγορίες (υποτύποι) της σεξουαλικής κακοποίησης που διαπράχθηκε εναντίον των θυμάτων (Conway et al., 2013, Frounfelker et al., 2013, Salazar et al., 2013, Bernard, Bonnin et al., 2013, Weierich & Nock, 2008, Lipschitz et al., 1999, Glod & Teicher, 1996, Brand et al., 1996, Mcleer et al., 1994, Ackerman et al., 1998, Ford et al., 2009, Nothling, Simmons, Suliman & Seedat, 2017, Dykman et al., 1997).

4.7 ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS, ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ

Σε σχέση με τη συννοσηρότητα της διαταραχής μετατραυματικού stress με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, βάσει των επιλέξιμων ερευνών οι οποίες αναλύθηκαν, προκύπτει υψηλή συσχέτιση με την εμφάνιση κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους σε ποσοστό 50% (Glod &

Teicher, 1996). Την καταθλιπτική συμπτωματολογία ή διάγνωση ακολουθούν ο αυτοκτονικός ιδεασμός και το αίσθημα άγχους (Hidalgo et al., 2015). Επιπλέον, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς, όσο και η εμφάνιση άλλων διαταραχών της συμπεριφοράς (υπερδιέγερση-δυσλειτουργική συμπεριφορά) οι οποίες παρατηρήθηκαν σε συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν υποστεί σεξουαλικής κακοποίησης (McLeer et al., 1994; Ackerman et al., 1998). Τέλος, δεν εντοπίστηκαν ερευνητικά στοιχεία τα οποία να υποδεικνύουν κάποια συγκεκριμένη ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού stress. Μόνο μία έρευνα έκανε αναφορά στη διάρκεια των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού stress, η οποία κυμαίνεται από 1-3 έτη.

4.8 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΟΝΕΩΝ-ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΟΥΣΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση εντοπίστηκαν δύο έρευνες οι οποίες αναφέρουν ψυχιατρική διαταραχή μέλους της οικογένειας του ατόμου που κακοποιήθηκε σε ποσοστό 31% (De Rose et al., 2016, Bernard-Bonnin et al., 2008). Μόνο μία εκ των ερευνών έκανε αναφορά σε ποσοστά χρήσης ουσιών εντός της οικογένειας του θύματος σεξουαλικής κακοποίησης (Ward et al., 2018). Η χρήση αλκοόλ εντός του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν επιβεβαιώνεται από κάποια σχετική έρευνα, καθώς καμία δεν αναφέρει συγκεκριμένα ποσοστά. Τέλος, δύο είναι οι έρευνες οι οποίες αναφέρουν χρήση ουσιών από τα κακοποιημένα άτομα και συγκεκριμένα χρήση κάνναβης σε ποσοστό 38% (Sanders et al., 2017) και αλκοόλ σε ποσοστό 25% (Lipschitz et al., 1999).

4.9 ΣΥΓΧΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΠΟΛΥΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Σε σύνολο έξι ερευνών χρησιμοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση (Ward et al., 2018, Hidalgo et al., 2015, Salazar et al., 2013, Ford et al., 2009, Nöthling, Simmons, Suliman & Seedat, 2017, Hunt, Martens & Belcher, 2011). Οι σημαντικότεροι συγχυτικοί παράγοντες που εντοπίστηκαν στις έρευνες είναι το φύλο των συμμετεχόντων (Ward et al., 2018, Hidalgo et al., 2015, Salazar et al., 2013, Ford et al., 2009, Hunt, Martens & Belcher, 2011, Nöthling, Simmons, Suliman & Seedat, 2017), η εθνικότητα ή η φυλή (Hidalgo et al., 2015, Salazar et al., 2013, Ford et al., 2009), η περιοχή στην οποία διαβιούν οι συμμετέχοντες, η σχολική εμπλοκή τους, καθώς και η δομή της οικογένειας τους (Ward et al., 2018). Σε τρεις έρευνες η ηλικία των

συμμετεχόντων αποτέλεσε σημαντική μεταβλητή (Hidalgo et al., 2015, Nöthling, Simmons, Suliman & Seedat, 2017, Ford et al., 2009). Τέλος, σε μία έρευνα εντοπίστηκε ο παράγοντας της ύπαρξης ιστορικού ψυχιατρικής νόσου ή χρήσης ουσιών στους γονείς των συμμετεχόντων (Hunt, Martens & Belcher, 2011).

4.10 ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ: ΠΑΙΔΙΚΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ (CSA) ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ STRESS (PTSD) ΒΑΣΕΙ ΤΗΣ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ

Σε σχέση με τους μη-σεξουαλικά κακοποιημένους συμμετέχοντες και των δύο φύλων, στις τρεις διαφορετικές ηπείρους: Αφρική, Καναδά/Ηνωμένες Πολιτείες και Ευρώπη, οι σεξουαλικά κακοποιημένοι συμμετέχοντες εμφανίζουν περισσότερα odds να εκδηλώσουν συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού stress (pooled effect estimate=3.39, 95% CI: 2.44-4.72). Ιεραρχικά, όπως απεικονίζεται στο **Σχήμα 1 (Figure 1)** τα περισσότερα odds παρατηρούνται στον Καναδά/Ην. Πολιτείες (OR= 4.20, 95% confidence interval [CI]=2.80-6.31), ακολουθεί η Αφρική (OR= 2.68, 95% confidence interval [CI]= 1.82-3.95) και τελικώς η Ευρώπη (OR= 1.50, 95% confidence interval [CI]= 0.87-2.60).

Αναφορικά με το **Σχήμα 2 (Figure 2)** το οποίο ακολουθεί στην ανάλυση παρατηρείται ότι σε σχέση με τις μη-σεξουαλικά κακοποιημένες συμμετέχουσες (κορίτσια) στις περιοχές της Αφρικής και του Καναδά/Ην. Πολιτειών, οι σεξουαλικά κακοποιημένες συμμετέχουσες εμφανίζουν διπλάσια odds στην ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού stress PTSD (pooled effect estimate=2.23, 95% CI: 1.00–4.96). Συγκεκριμένα στην Αφρική σε σχέση με τα μη-σεξουαλικά κακοποιημένα κορίτσια, τα σεξουαλικά κακοποιημένα φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτα σχετικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress (OR= 1.97, 95% confidence interval [CI]= 1.09-3.58). Τέλος, στον Καναδά/Ην. Πολιτείες, οι σεξουαλικά κακοποιημένες συμμετέχουσες εμφανίζουν τριπλάσια odds στην ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού stress (OR= 3.23, 95% confidence interval [CI]= 0.54-19.36).

Επιπλέον, στο **Σχήμα 3 (Figure 3)** το οποίο αφορά αποκλειστικά σε αγόρια απεικονίζεται η στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της υφιστάμενης σεξουαλικής κακοποίησης και της εκδήλωσης συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress (pooled effect estimate=2.39, 95% CI: 1.50–3.80). Εστιάζοντας συγκεκριμένα στην ήπειρο της Αφρικής σε σχέση με τους μη-σεξουαλικά κακοποιημένους συμμετέχοντες (αγόρια), οι σεξουαλικά κακοποιημένοι συμμετέχοντες εμφανίζουν περισσότερα odds σχετικά με την εκδήλωση συμπτωμάτων PTSD (OR= 3.69, 95% confidence interval [CI]= 1.96-6.95). Ανάλογα

αποτελέσματα παρατηρούνται και στον Καναδά/Ην. Πολιτείες, καθώς συγκριτικά με τους μη-σεξουαλικά κακοποιημένους συμμετέχοντες (αγόρια) οι σεξουαλικά κακοποιημένοι εμφανίζουν σχεδόν τα διπλάσια odds να εμφανίσουν PTSD (OR= 1.95, 95% confidence interval [CI]= 1.24-3.05).

4.11 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ-ΣΦΑΛΜΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ (PUBLICATION BIAS)

Για την αξιολόγηση της ποιότητας των ερευνών που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Newcastle-Ottawa (NOS, Πίνακας 7). Οι περιορισμοί σχετικά με την ποιότητα των επιλέξιμων ερευνών σχετίζονται με την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος που έχει εκτεθεί σε συμβάντα κακοποίησης, την αξιολόγηση της έκθεσης και της έκβασης, καθώς και το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ερευνών έκανε χρήση μονομεταβλητής ανάλυσης, χωρίς να υπολογίζεται η επίδραση άλλων συγχυτικών παραγόντων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βάσει των ερευνητικών αναλύσεων οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, εντοπίζεται σημαντική συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης των υποκειμένων κατά την παιδική και εφηβική τους ηλικία, καθώς και κατά τη νεαρή ενήλικη ζωή τους, με την μετέπειτα εκδήλωση ποικίλων μορφών ψυχοπαθολογίας, μεταξύ αυτών και του μετατραυματικού stress κατά την περίοδο της εφηβείας και της νεαρής ενήλικης ζωή τους. Σε σχέση με άλλες πιθανές μορφές κακοποίησης όπως είναι για παράδειγμα η σωματική και ψυχολογική κακοποίηση ή η παραμέληση, η σεξουαλική κακοποίηση φαίνεται να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες στην εμφάνιση συμπτωματολογίας σχετιζόμενης με το μετατραυματικό stress. Σύμφωνα με τη σχετική έρευνα τα παιδιά τα οποία έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση θα εμφανίσουν διαταραχή μετατραυματικού stress σε ποσοστό κυμαινόμενο από 20 έως και 90%. Επιπλέον, η ίδια έρευνα κάνει λόγο σχετικά με το ρόλο που διαδραματίζουν κάποιοι άλλοι κοινωνικοί ή δημογραφικοί παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα το φύλο (Nurcombe, 2000). Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση έγινε προσπάθεια σύνθεσης και συγκέντρωσης ερευνητικών δεδομένων τα οποία

παρέχουν σημαντικές πληροφορίες αναφορικά με τη συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης και της διαταραχής μετατραυματικού stress.

Πιο συγκεκριμένα η σεξουαλική κακοποίηση και η διαταραχή μετατραυματικού stress, φαίνεται να σχετίζονται με την πολιτισμική και τη γεωγραφική καταγωγή των υποκειμένων. Σύμφωνα με σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα στην Αφρική 1 στα 6 άτομα τα οποία υφίστανται επαναλαμβανόμενη σεξουαλική κακοποίηση, είναι κορίτσια νεώτερα των 12 ετών. Αντίστοιχα φαινόμενα παρατηρούνται στην Ευρώπη και στον Καναδά/Ην. Πολιτείες. Αδιαμφισβήτητο γεγονός αποτελεί το ότι οι επιζώντες σεξουαλικής βίας εμφανίζουν στην πλειοψηφία τους συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού stress (Mathews, Sikweyiya & Jewkes, 2020). Βάσει των ανωτέρω ερευνητικών δεδομένων, η γεωγραφική τοποθεσία των υποκειμένων των ερευνών, δύναται να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα, τόσο για την ύπαρξη ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης, όσο και για την επακόλουθη εμφάνιση συμπτωματολογίας μετατραυματικού stress. Τα ευρήματα της μετα-ανάλυσης ανέδειξαν ότι σε σχέση με τους μη-σεξουαλικά κακοποιημένους συμμετέχοντες, οι σεξουαλικά κακοποιημένοι, ανεξαρτήτως φύλου, εμφανίζουν σημαντικά αυξημένα odds για την εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού stress, εντός των τριών γεωγραφικών περιοχών που αναλύθηκαν (Αφρική, Καναδάς/Ην. Πολιτείες, Αμερική). Τέλος, την υψηλότερη συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής κακοποίησης και διαταραχής μετατραυματικού stress εμφάνισαν οι συμμετέχοντες στον Καναδά/Ην. Πολιτείες Αμερικής, με τους συμμετέχοντες στην Αφρικανική ήπειρο να ακολουθούν. Οι συμμετέχοντες στην Ευρώπη εμφάνισαν τα χαμηλότερα odds συγκριτικά με τις άλλες ηπείρους.

Αναφορικά με τη σχέση μεταξύ θύματος και θύτη φαίνεται να αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό παράγοντα, ο οποίος επηρεάζει τόσο το ίδιο το φαινόμενο της σεξουαλικής κακοποίησης, όσο και την εμφάνιση των μετατραυματικών συμπτωμάτων, τα οποία μελετώνται και εξετάζονται στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. Αρκετά συχνά έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο της σεξουαλικής κακοποίησης από θύτες οι οποίοι αποτελούν οικεία πρόσωπα των ανήλικων θυμάτων τους. Βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και των κλινικών δεδομένων των ερευνών η σεξουαλική κακοποίηση από το θετό γονέα, σύντροφο του ενός γονέα ή εξ αγχιστείας συγγενή του παιδιού, αυξάνει σημαντικά τα odds της εμφάνισης των συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού stress κατόπιν της σεξουαλικής κακοποίησης, συγκριτικά με τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η κακοποίηση προκλήθηκε από κάποιο άγνωστο ως προς το θύμα πρόσωπο (Molnar, Buka & Kessler, 2001).

Επιπλέον, αναφορικά με τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες των θυτών, σε σχέση με το πώς αυτές ενδέχεται να επηρεάσουν τα ποσοστά εκδήλωσης μετατραυματικού stress κατόπιν υφιστάμενης σεξουαλικής κακοποίησης, η ηλικία του θύτη φαίνεται να επηρεάζει αισθητά. Σύμφωνα με σχετική έρευνα όταν ο θύτης ήταν κάτω των 18 ετών η εκδήλωση μετατραυματικού stress ήταν άμεσα συνδεδεμένη με μεγαλύτερο στίγμα, συγκριτικά με τις περιπτώσεις κατά τις οποίες ο θύτης ήταν ενήλικας (Cantón-Cortés et al., 2010). Η θυματοποίηση από κάποιον συνομήλικο φαίνεται να αυξάνει σημαντικά τα odds τόσο για την εμφάνιση μετατραυματικού stress, όσο και για την εμφάνιση αποσυνδεδετικών συμπτωμάτων (Hebert, Langevin & Daigneault, 2016). Στην παρούσα μετα-ανάλυση η βασική κατηγοριοποίηση που πραγματοποιείται αναφορικά με το προφίλ και τα χαρακτηριστικά του θύτη είναι το αν αποτελεί μέλος της οικογένειας ή όχι, γνωστό ή άγνωστο ως προς το θύμα πρόσωπο, συνομήλικος ή ενήλικας (Ward et al., 2018, Sanders et al., 2017, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Bernard-Boninin et al., 2008). Τέλος, αναφορικά με άλλη σχετική, σύγχρονη έρευνα δύο ιδιαιτέρως σημαντικά χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν σημαντικά την εκδήλωση του μετατραυματικού stress όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, αποτελούν η ταυτότητα του θύτη και η επανάληψη των περιστατικών της κακοποίησης, καθώς και οι δύο παράγοντες φαίνεται να αυξάνουν τα odds εκδήλωσης σχετικής συμπτωματολογίας (Skott et al., 2017).

Αναφορικά με τους συγκεκριμένους υποτύπους της σεξουαλικής κακοποίησης και το πώς ενδέχεται να σχετίζονται με την εκδήλωση μετατραυματικών συμπτωμάτων, οι έρευνες που συμπεριλήφθησαν στην παρούσα μετα-ανάλυση δεν αναφέρουν επαρκείς πληροφορίες. Ωστόσο, οι βασικοί τύποι και τρόποι σεξουαλικής κακοποίησης οι οποίοι αναφέρονται και καταγράφονται αποτελούν κυρίως η διείσδυση (κολπική, στοματική, πρωκτική), το άγγιγμα και η διέγερση των γεννητικών οργάνων, το φιλί ή η λεκτική σεξουαλική παρενόχληση (Ward et al., 2018, De Rose et al., 2016, Munzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Hidalgo et al., 2015, Sanders et al., 2017).

Στα πλαίσια της παρούσας μετα-ανάλυσης υπήρξαν περιορισμοί όπως είναι για παράδειγμα η χρήση μίας αποκλειστικά βάσης δεδομένων (PubMed, US National Library of Medicine National Institutes of Health) για την αναζήτηση ερευνών σχετικών με το θέμα. Επιπλέον περιορισμό αποτέλεσε η χαμηλή βαθμολογία των ερευνών κατά την ποιοτική τους αξιολόγηση και ανάλυση, καθώς σε αρκετές έρευνες η έκθεση στη σεξουαλική βία και η εκδήλωση συμπτωμάτων βασίστηκαν κυρίως σε ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς. Άλλος περιορισμός της έρευνας είναι το γεγονός ότι μόνο 5 εκ των 19 ερευνών που συμπεριλήφθησαν στη μετα-ανάλυση, κάνουν αναφορά σε συγκεκριμένους τύπους σεξουαλικής κακοποίησης, χωρίς ωστόσο να δίνεται στατιστική συσχέτιση μεταξύ του συγκεκριμένου υποτύπου σεξουαλικής κακοποίησης (π.χ. κολπική διείσδυση)

και της εκδήλωσης συμπτωμάτων μετατραυματικού stress (Ward et al., 2018, De Rose et al., 2016, Munzer, Fegert & Goldbeck, 2016, Hidalgo et al., 2015 Sanders et al., 2017).

Τέλος, μόνο μία έρευνα κάνει συγκεκριμένη αναφορά στην ηλικία έναρξης των μετατραυματικών συμπτωμάτων, πληροφορία που θα ήταν εξαιρετικά σημαντική και χρήσιμη αν δινόταν και σε άλλες έρευνες, ώστε να υπάρξει μέτρηση της διάρκειας των μετατραυματικών συμπτωμάτων, η οποία θα οδηγούσε σε σαφέστερα αποτελέσματα αναφορικά με τη φάση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής (Giaconia et al., 1995).

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας συστηματικής-ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης προέκυψαν αρκετοί ερευνητικοί περιορισμοί. Αρχικά, έγινε χρήση μίας αποκλειστικά βάσης δεδομένων (PubMed). Επιπροσθέτως, κατά την ποιοτική αξιολόγηση των ερευνών μέσω της χρήσης της κλίμακας Newcastle-Ottawa, η βαθμολογία των ερευνών φάνηκε να είναι χαμηλή. Στο γεγονός αυτό συνέβαλαν οι μέθοδοι μέτρησης και αξιολόγησης της έκθεσης και της έκβασης. Πιο συγκριμένα στις περισσότερες έρευνες η αξιολόγηση της υφιστάμενης σεξουαλικής κακοποίησης, καθώς και της εκδήλωσης μετατραυματικού stress, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς, γεγονός που υποβαθμίζει την ακρίβεια των αποτελεσμάτων και των μετρήσεων, κατά τις περιπτώσεις που δεν συνδυάζεται με κάποιο άλλο μέσο μέτρησης-αξιολόγησης (π.χ. ιατροδικαστική εξέταση, συλλογή πληροφοριών από τους φροντιστές των παιδιών κλπ.). Λόγω των προαναφερθέντων η υψηλότερη βαθμολογία που σημειώθηκε μεταξύ των επιλεγμένων ερευνών ήταν το 5. Τέλος, από τις 19 έρευνες οι οποίες συμπεριλήφθησαν στην παρούσα μελέτη, μόνο οι 5 από έκαναν αναφορά σε συγκεκριμένους υποτύπους της σεξουαλικής κακοποίησης και μόνο 1 έκανε αναφορά στην ηλικία έναρξης καθώς και στη διάρκεια των συμπτωμάτων PTSD. Το τελευταίο ερευνητικό δεδομένο η ακριβής περίοδος έναρξης και η διάρκεια κατά την οποία το άτομο εμφανίζει τα συμπτώματα, αποτέλεσαν σημαντικό εμπόδιο κατά τη διαδικασία διεξαγωγής της μελέτης.

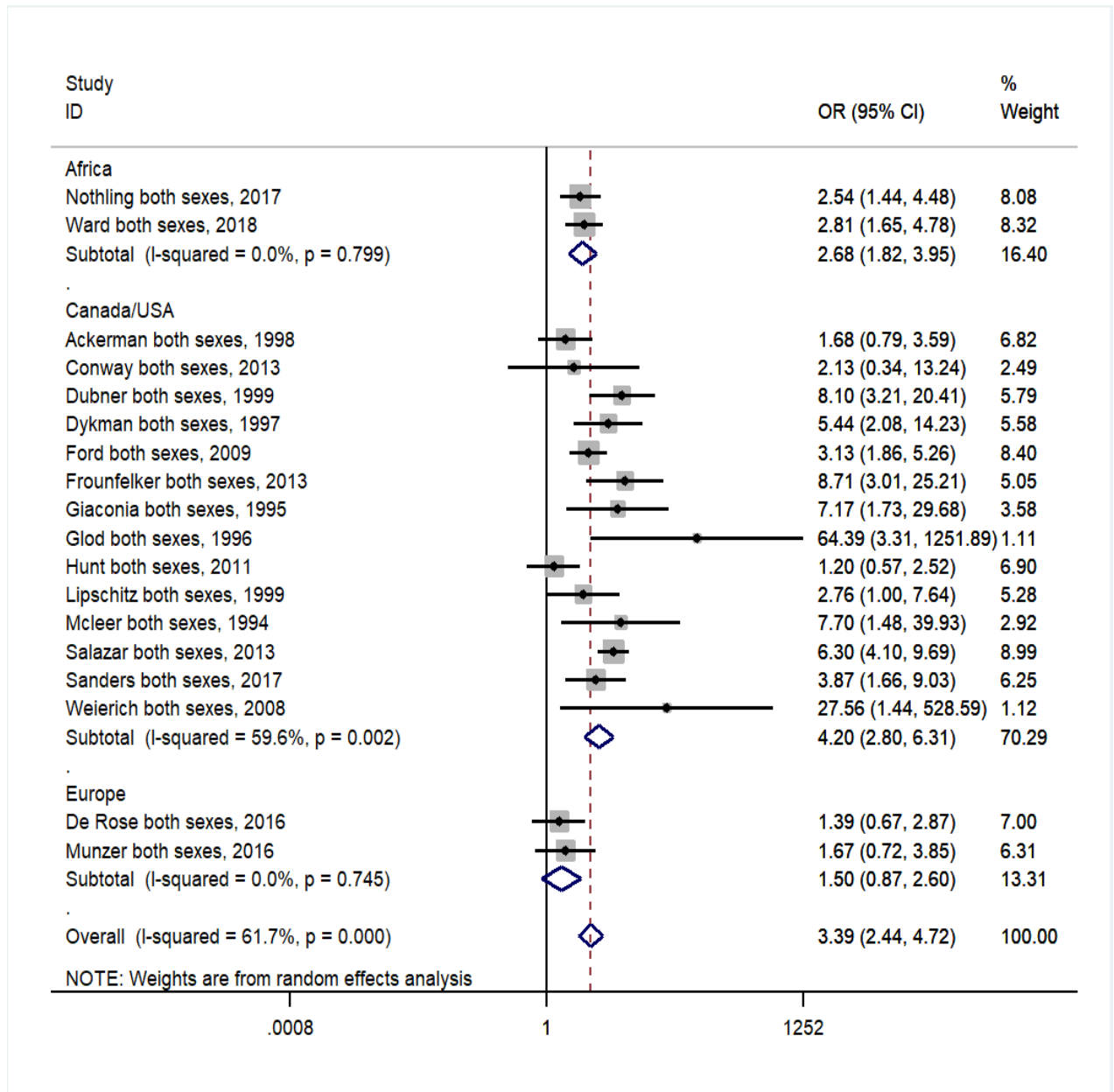
Συνοψίζοντας, η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία, καθώς και κατά τη νεαρή ενήλικη ζωή του ατόμου, ενοχοποιείται για σημαντικές αρνητικές επιδράσεις στον ψυχισμό του υποκειμένου, μέσω της εκδήλωσης ποικίλων μορφών ψυχοπαθολογίας. Οι επιδράσεις αυτές φαίνεται να αποτελούν σημαντικά κοινωνικά φαινόμενα τα οποία έχουν απασχολήσει και εξακολουθούν να απασχολούν κάθε κοινωνικό πλαίσιο ανεξαιρέτως σε παγκόσμιο επίπεδο. Στις Ηνωμένες Πολιτείες τα ερευνητικά δεδομένα βρίσκονται σε ένα εξαιρετικά υψηλό επίπεδο, καθώς έχουν κυρίαρχη θέση στη διαχρονική μελέτη και μέτρηση των σχετικών φαινομένων, διαθέτοντας τις πηγές και τα κατάλληλα ερευνητικά εργαλεία, ώστε να είναι σε θέση να πραγματοποιούν

μεγάλο αριθμό σημαντικών ερευνών. Τα παραπάνω συμπεράσματα προκύπτουν και από το γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες της παρούσας μετα-ανάλυσης πραγματοποιήθηκαν στον Καναδά/Ην. Πολιτείες της Αμερικής. Οι έρευνες οι οποίες έχουν διεξαχθεί στην Ευρώπη φαίνεται να είναι λιγότερες σε σχέση με αυτό το θέμα. Τέλος, στην περιοχή της Αφρικής λόγω των περιορισμένων διαθέσιμων εργαλείων και πηγών, οι ερευνητικές προσπάθειες φαίνεται να είναι αρκετά περιορισμένες, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη, καθώς πρόκειται για έναν πληθυσμό ο οποίος υφίσταται σε καθημερινή βάση αυξημένα ποσοστά κακοποίησης.

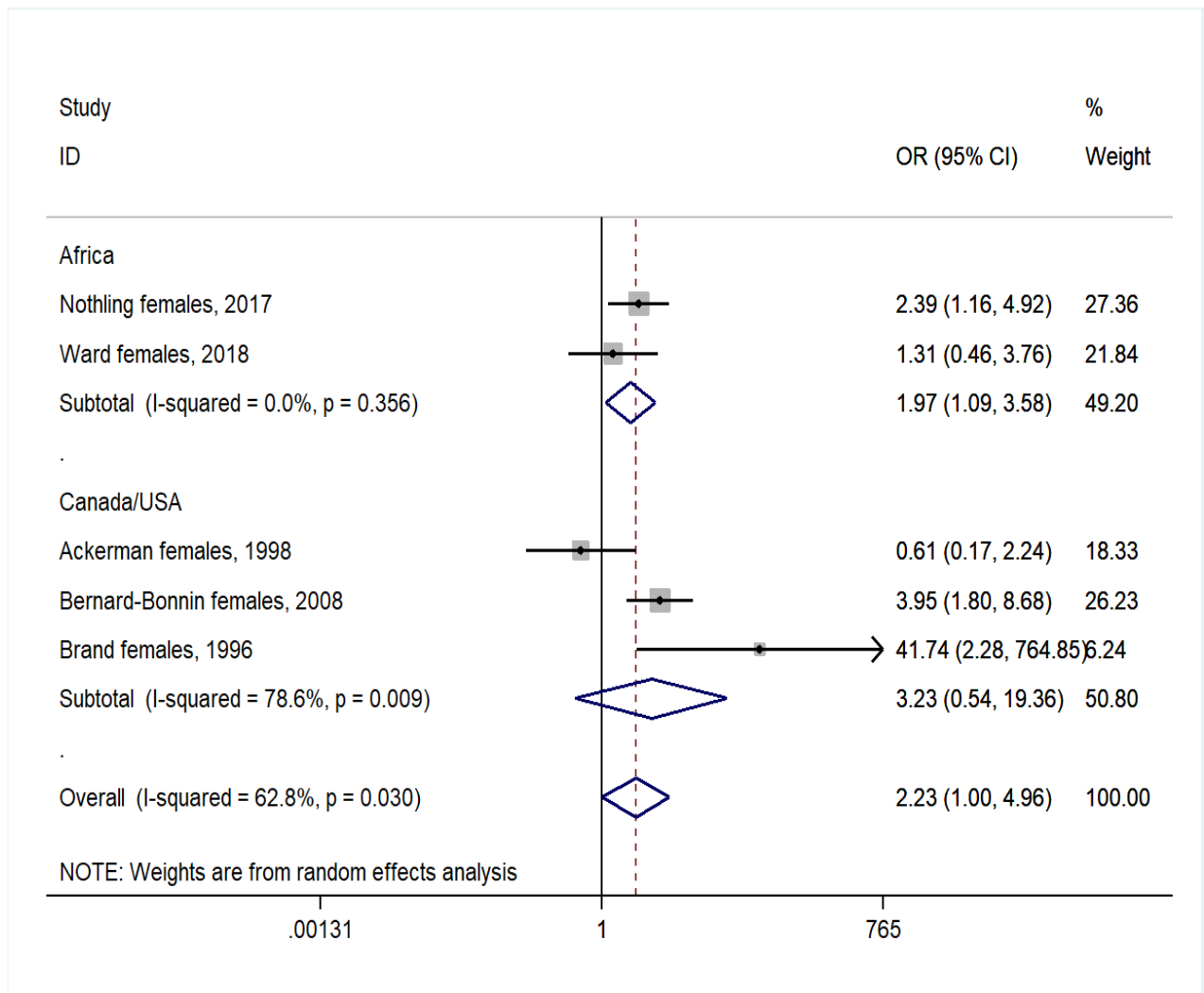
Το ερευνητικό πεδίο του φαινομένου της σεξουαλικής κακοποίησης παιδιών, εφήβων καθώς και νεαρών ενηλίκων, όπως επίσης και οι συνέπειες της υφιστάμενης κακοποίησης στον ψυχισμό των επιζώντων, χρήζει περαιτέρω επιστημονικής διερεύνησης σε αρκετές περιοχές του πλανήτη, όπως για παράδειγμα σε περιοχές της Ευρώπης, της Αφρικής, της Ασίας και της Αυστραλίας, καθώς μέσω της παρούσας ανασκόπησης σε συγκεκριμένη βάση δεδομένων (Pubmed), με τη χρήση συγκεκριμένου αλγόριθμου, δεν εντοπίστηκαν αρκετά ερευνητικά δεδομένα, τουλάχιστον στην αγγλική γλώσσα αναφορικά με το συγκεκριμένο φαινόμενο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ-ΠΙΝΑΚΕΣ-ΣΧΗΜΑΤΑ

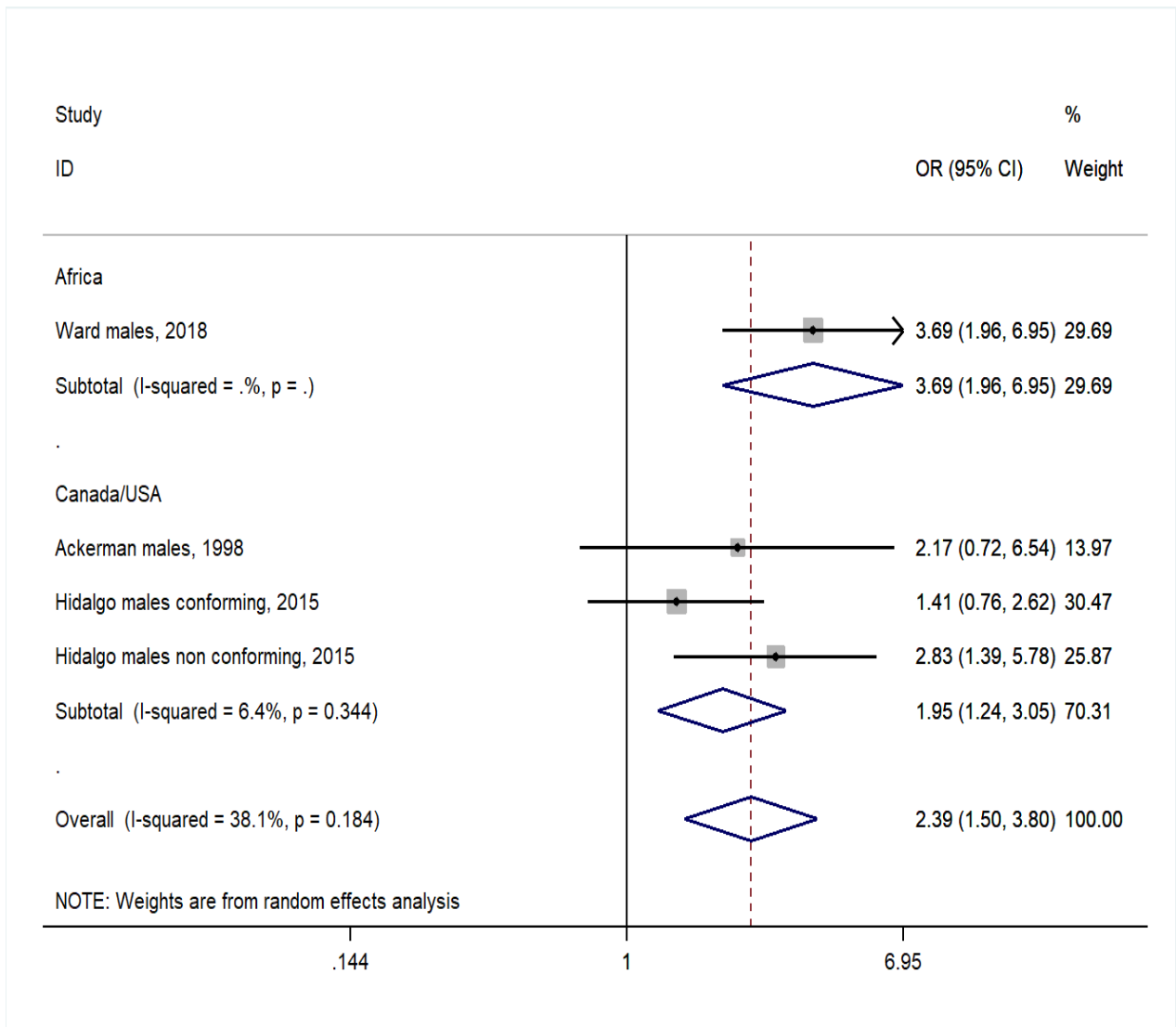
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΑΣΟΥΣ (FOREST PLOTS)



Σχήμα 1 (Figure 1). Διάγραμμα δάσους (Forest plot) το οποίο απεικονίζει τη συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης και της διαταραχής μετατραυματικού stress (PTSD) και στα δύο φύλα βάσει της γεωγραφικής καταγωγής των συμμετεχόντων.



Σχήμα 2 (Figure 2). Διάγραμμα δάσους (Forest plot) το οποίο απεικονίζει τη συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης και της διαταραχής μετατραυματικού stress (PTSD) στα κορίτσια βάσει της γεωγραφικής τους καταγωγής.



Σχήμα 3 (Figure 3). Διάγραμμα δάσους (Forest plot) το οποίο απεικονίζει τη συσχέτιση μεταξύ της σεξουαλικής κακοποίησης και της διαταραχής μετατραυματικού stress (PTSD) στα αγόρια βάσει της γεωγραφικής τους καταγωγής.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 (TABLE 1): ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΠΙΛΕΞΙΜΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Πρώτος Συγγραφέας, Έτος	Περιοχή, Χώρα	Περίοδος έρευνας	Σχεδιασμός έρευνας	Δείγμα	Ποσοστό αγοριών	Μέσος όρος ηλικίας (mean)	Εύρος ηλικίας (range)	Τόπος διεξαγωγής	Ορισμός της σεξουαλικής κακοποίησης	Ορισμός και κριτήρια PTSD
Ackerman, 1998	Αρκάνσας, Ην. Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α	Συγχρονική	204	35,70%	Δ.Α	7 - 13	Μικτό (Νοσοκομειακό-εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας)	Substantiation of abuse from the State Department of Human Services investigation, clinical assessment at Arkansas Children's(Ackerman, P., 1998)	The revised Diagnostic Interview for Children and Adolescents(DICA), structured interview, given by children and caregivers, DSM-III-R (Reich, W., &Welner, Z., 1988)
Bernard-Bonnin, 2008	Μόντρεαλ, Καναδάς	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο (134) ασθενείς (67)-σεξουαλικά κακοποιημένοι, μάρτυρες (67)	0%	9.16	7 - 12	Μικτό (ασθενείς: νοσοκομειακό πλαίσιο μάρτυρες: γενικός πληθυσμός)	Medical records using the history of victimization form, completed by the children of both groups. For the control group the parents asked about the presence of Experiences by answering a list of events.	The Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised, completed by children (Wolfe, VV., 1996)
Brand, 1996	Μίσιγκαν, Ην. Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	48 (ασθενείς:24 κατάθλιψη & κακοποίηση, μάρτυρες:24 κατάθλιψη χωρίς κακοποίηση)	0%	15.4	13 - 17	Νοσοκομειακό πλαίσιο	Sexual Risk Behavior Assessment Schedule (Sexual History) semi-structure Sexual Risk (Wyatt, G., 1988) Behavior Assessment Schedule (Sexual History) semi-structured Interview for Adolescents (Meyer-Bahlburg, HFL.,Ehrhardt, M., Exner, TM. et al., 1991)	Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), 22 questions reflecting diagnostic criteria for the disorder, completed by the adolescents. (Herjanic, B., Campbell, W., 1977)
Conway, 2013	Ην. Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο (39) ασθενείς(20) μάρτυρες (19)	56.4%	13.5	7 - 17	Νοσοκομειακό πλαίσιο	Interview of parentsand the children by the Social services	Semi-structured interviews (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Epidemiologic Version (Antich, 1987)

De Rose, 2016	Ιταλία, Ευρώπη	2011- Δ.Α	Συγχρονική	185	48.6%	8,8	2 - 18	Νοσοκομειακό πλαίσιο	Thematic Apperception Test (TAT), oral, answered by children/ interviews with the children's caregivers by a licensed clinical Psychologist (Murray, H., 1943)	Children in the study were diagnosed by a licensed clinical psychologist.
Dubner, 1999	Νέα Υόρκη, ΗΠΑ	Δ.Α.	Ασθενών-μαρτύρων	100	77%	13.52	8 to 19	Εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Δ.Α.	Levels of sexual abuse were defined based on Russell's (1983) criteria for seriousness of abuse, through case records and transcribed interviews with caseworkers and child
Dykman, 1997	Αρκάνσας, Ην.Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α.	Συγχρονική	109	39.4%	Δ.Α.	8 - 12	Μικτό (Γενικός πληθυσμός-εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας)	Abuse documented by interview (professional at the local social services, medical professional, mental health professional, or courts or by parents)	Child Behavior Checklist, completed by parents/ Trauma Symptom (Achenbach, T.M., 2001) Checklist for Young Children (TSCYC), completed by children/ DSM-IV-TR (Briere, J., 1996)
Ford, 2009	Ην.Πολιτείες Αμερικής	1995	Συγχρονική	4.023	51.5%	Δ.Α.	12 - 17	Γενικός πληθυσμός	Δ.Α.	Diagnostic Structured Interview for Children and Adolescents (DICA), structured Interview (Reich, W., & Welner, Z., 1988)
Frounfelker, 2013	Ιλινόι, Σικάγο, Ην.Πολιτείες Αμερικής	2012-2013	Συγχρονική	84	44%	19.06	16 - 21	Νοσοκομειακό πλαίσιο	Exposure to potentially traumatic events was assessed with 24 behaviorally specific items for sexual or physical assault or abuse victimization, witnessing violence, and direct exposure to disaster, serious accident, or threat of or actual serious injury (Kilpatrick DG, Saunders BE,	PTSD symptoms were assessed as "recent" (in the past 6 months) and "lifetime" (ever in the past) with items from the Diagnostic Interview Schedule, a validated Epidemiological survey (Kilpatrick DG, Saunders BE, 1997)(Kilpatrick DG, Saunders BE, 1995)

Giaconia, 1995	Ην.Πολιτείες Αμερικής	1977- Δ.Α	Προοπτική	384	50,50%	17,9	Δ.Α	Σχολικό πλαίσιο	Clinical record/ interview, by children	DSM-IV-TR/ Axis V Global Assessment of Functioning (GAF), interview given by children, by Psychiatrists and licensed master's level clinicians (APA)
Glod, 1996	Ην. Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο (34), ασθενείς (19) φυσική & σεξουαλική κακοποίηση, μάρτυρες (15)	7.5%	8.9	6 - 12	Μικτό (ασθενείς: νοσοκομειακό πλαίσιο μάρτυρες: γενικός πληθυσμός)	NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-R (DIS-III R), structured clinical interview to assess traumas, given by children (Reinherz et al., 1993a) (Robins et al., 1989)	NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-R (DIS-III R), DIS-III-R PTSD module, interview given by children, DSM-III-R (Reinherz et al., 1993a)(Robins et al., 1989)
Hidalgo, 2015	Σικάγο, Ην.Πολιτείες Αμερικής	2009-2015	Προοπτική	450	100%	18.9	16 - 20	Γενικός πληθυσμός	10-item version of the Early Sexual Experiences (ESE) Checklist, completed by Adolescents (Miller, Johnson, & Johnson, 1991).	Computerized version of the Diagnostic Interview Schedule (CDIS-IV, structured interview by adolescents/ DSM-IV (Robins et al., 1991).
Hunt, 2011	ΗΠΑ	Δ.Α.	Συγχρονική	257	44%	11.7	Δ.Α.	Εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Domestic violence, Community violence, Physical abuse	Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC), written self-report, by children
Lipschitz,1999	Νέα Υόρκη, Ην.Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α.	Συγχρονική	74	47.3%	14.08	11.1 - 18.3	Νοσοκομειακό πλαίσιο	Traumatic Events Questionnaire-Adolescent version (TEQ-A) DSM-IV. (Lipschitz et al., 1999).	DICA-R, a structured interview based on DSM-III-R criteria, self-reported scales, the medical record and the clinical treatment team (Reich et al., 1991).
Mcleer, 1994	Ην.Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α.	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο: 49 (ασθενείς: 26, μάρτυρες: 23)	0.44	9.6	6 - 16	Εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Clinical history according to Russell's criteria for abuse severity, for the children. (Russell, 1983)	K-SADS-E (included PTSD section), interview both for the children and the guardians separately. The interviewers were blind to the purpose of the study. (Orvaschel et al., 1991).

Münzer, 2016	Γερμανία, Ευρώπη	2012-2014	Ασθενών-μαρτύρων	Σύνολο: 178, ασθενείς: 70, μάρτυρες: 108	55%	11.51	6.3 - 17.9	Μικτό (Γενικός πληθυσμός. Εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Semistructured interview version of the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), by children (JVQ; Hamby, Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2004)	German version of the semi structured diagnostic screening interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), including self-reports and caregiver reports (Delmo, Weifenbach, Gabriel, Marchia, & Poustka, 1998)/ self-reported post-traumatic stress symptoms (UCLAPTS-D-R total symptom score)/ Caregiver-reported posttraumatic stress symptoms (UCLAPTS-D-R total symptom score) (UCLA, PTSD)RI; Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004)/ DSM-IV
Nothling, 2017	Νότια Αφρική	Δ.Α	Συγχρονική	2016	38%	15	12 - 18	Νοσοκομειακό πλαίσιο	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime version (K-SADS-PL) is a structured interview (Kaufman et al., 1997)	K-SADS-PL, a traumatic event sub-scale (Kaufman et al., 1997)
Salazar, 2013	(Ιλινόι, Αϊόβα, Ουισκόνσιν) Ην. Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α	Συγχρονική με αξιολόγηση προοπτικής	732	48.5%	17.4	17 - 18	Εξω-νοσοκομειακό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας	Self-reported responses to the initial trauma screener (Composite International Diagnostic Interview (CIDI), by the children. (World Health Organization, 1997)	Composite International Diagnostic Interview (CIDI), by children (World Health Organization, 1997) / DSM-IV.
Sanders, 2017	Ην. Πολιτείες	2009-2016	Συγχρονική	197	77.4%	15.45	13 - 18	Γενικός πληθυσμός	Structured clinical interview, youth self-report	Youth Self-Report (YSR) (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) / clinical interview/ DSM-IV-TR/ DSM-V

Ward, 2018	Νότια Αφρική	2013-2015	Συγχρονική	5.631	55.7%	Δ.Α.	15 - 17	Μικτό (Γενικός πληθυσμός, σχολικό πλαίσιο)	Juvenile Victimization Questionnaire ¹¹ , interview given by children (Finkelhor et al., 2005)	Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC), written, completed by children (Briere et al., 2001)
Weierich, 2008	Ην. Πολιτείες Αμερικής	Δ.Α.	Συγχρονική	86	22%	17.03	12 - 19	Γενικός πληθυσμός	Child Trauma Questionnaire (CTQ). Written Questionnaire completed by the Participants (Bernstein et al., 1997).	The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version (KSADS-PL). Interview to the participants (Kaufman et

Δ.Α.: Δεν Αναφέρεται

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 (TABLE 2): ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΠΙΛΕΞΙΜΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

First Author, year	Repeated abuse or not?	Age of abuse	Coexistence of other types of abuse (for abused children)	Subtypes of sexual abuse	Psychiatric comorbidity of PTSD	Univariate or multivariate analysis for the association between sexual abuse and PTSD	Confounders entered into the model in multivariate analysis
Ackerman, 1998	Δ.Α.	<17	Σωματική κακοποίηση (16.6%)	Δ.Α.	Μόνο τα σεξουαλικά κακοποιημένα παιδιά: ΔΕΠΥ: αγόρια: 40%, κορίτσια: 22%/ Εναντιωματικήπροκλητική: αγόρια: 46%, κορίτσια: 22%/ Διαταραχήδιαγωγής: αγόρια: 44%, κορίτσια: 11%/ Μείζωνκατάθλιψη: αγόρια: 12%, κορίτσια: 11%/ Διπολική διαταραχή: αγόρια: 4%, κορίτσια: 9%/ Δυσθυμία: αγόρια: 16%, κορίτσια: 13%. Σεξουαλικά και σωματικά κακοποιημένα παιδιά: ΔΕΠΥ: αγόρια: 67%, κορίτσια: 26%/ Εναντιωματική προκλητική: αγόρια: 64%, κορίτσια: 47%/ Διαταραχή διαγωγής: αγόρια: 67%, κορίτσια: 21%/ Μείζων κατάθλιψη: αγόρια: 8%, κορίτσια: 32%/ Διπολική διαταραχή: αγόρια: 0%, κορίτσια: 21%/ Δυσθυμία: αγόρια: 17%, κορίτσια: 42%	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Bernard-Bonnin, 2008	Ένα περιστατικό 25.0%, πολλαπλά επεισόδια <3 μηνες, 28.1%, πολλαπλά επεισόδια >3 μήνες 46.9%	<12	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Brand, 1996	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Μείζων κατάθλιψη 5%, Δυσθυμία 21%, Μείζων κατάθλιψη & Δυσθυμία 12%, Διπολική διαταραχή 12%	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Conway, 2013	Δ.Α.	<17	Δ.Α.	Δ.Α.	Συναισθηματική διαταραχή: 80%/ Διαταραχή διαγωγής: 35%/ ΔΕΠΥ: 30%/ άλλα (άγχος, μαθησιακά, Δ.Α.Δ) 10%	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.

De Rose, 2016	Δ.Α.	<18	Δ.Α.	Σωματική επαφή, Όπως φιλή, χάιδεμα, ή στοματική, πρωκτική, κοιλιακή διέγερση ή διείδυση	Εσωτερικές διαταραχές (20%), Εξωτερικές διαταραχές (13.6%)	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Dubner, 1999	Δ.Α.	<19	Δ.Α.	Ακατάλληλο φιλή, απόπειρες σκόπιμων σεξουαλικών αγγισμάτων διαφόρων σημείων του σώματος, με ή χωρίς ρουχισμό, άγγιγμα των γεννητικών οργάνων, διαδικτυακή διείδυση, κοιλιακή πρωκτική ή στοματική διείδυση ή μη ολοκληρωμένη απόπειρα αυτής.	Δ.Α.	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Dykman, 1997	Δ.Α.	Δ.Α.	Σωματική κακοποίηση (23%)	Δ.Α.	ΔΕΠΥ 17%, Διαταραχή διαγωγής 17%, Εναντιωματική προκλητική 23%, Αγχώδης διαταραχή 18%, Υπερβολικό άγχος 13%, Μείζων κατάθλιψη 30%, Δυσθυμία 18%, Αποφυγή 5%	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Ford, 2009	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) + Μείζωνκατάθλιψη(Μ.Κ)(27.4%)/Διαταραχήμετατραυματικούστρες+ Χρήσηαλκοόλ ή Ουσιών(ΧΑΟ) (8.1%)/ΔΜΤΣ+ΜΚ+ΧΑΟ (6.5%)	Πολυμεταβλητή Ανάλυση	Φύλο, ηλικία

Frounfelker, 2013	Δ.Α.	<21	Κοινωνική βία/ Συναισθηματική κακοποίηση/ παραμέληση/ σωματική κακοποίηση/ άλλο τραύμα, μη προσδιοριζόμενο (τα δεδομένα παρέχονται για τα υποκείμενα με ή χωρίς Διαταραχή Μετατραυματικού Stress	Δ.Α.	Συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ/ Συννοσηρότητα με διαταραχές συμπεριφοράς/ Χρήση ουσιών/ Διαταραχές διάθεσης/ Ψυχωτικές διαταραχές/ Ιστορικό αυτοκτονικού ιδεασμού, για άτομα με ή χωρίς διαταραχή μετατραυματικού στρες	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Giaconia, 1995	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Βιασμός, 2.1%	Δ.Α.	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Glod, 1996	Δ.Α.	2.9	15.8% σωματική και σεξουαλική κακοποίηση	Δ.Α.	Μείζων κατάθλιψη 53.85%, Ιστορικό ΔΕΠΥ 38.46%, Διαταραχή διαγωγής 46.15%	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Hidalgo, 2015	1-4 φορές: 26.7%/ >=5 φορές: 18.9%	<20	Δ.Α.	Άγγιγμα γεννητικών οργάνων, θωπεία, κολπική ή στοματική ή πρωκτική διείσδυση ή απόπειρα αυτής	Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια: (41,8%)/ αυτοκτονικός ιδεασμός: (51%)/ αυτοκτονικές προσπάθειες: (57,2%)	Πολυμεταβλητή Ανάλυση	Ηλικία, Φυλή
Hunt, 2011	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Πολυμεταβλητή Ανάλυση	Φύλο, Ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής ή χρήσης ουσιών των γονέων
Lipschitz, 1999	Μεμονωμένο περιστατικό: 46.6%, επαναλαμβανόμενο: 80%	8.8	Δ.Α.	Δ.Α.	ΔΕΠΥ 33.3%, Εναντιωματική-προκλητική διαταραχή 62.5%, Διαταραχή διαγωγής (Δ.Δ) 37.5%, Κατάθλιψη 66.7%, Ψυχωτική διαταραχή 30.4%, Αγχώδης διαταραχή 83.3%, Διαταραχές διατροφής 25.0%, Διαταραχή σωματοποίησης 34.8%.	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
McLeer, 1994	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.		ΔΜΤΣ+ΔΕΠΥ(23,1%), ΔΜΤΣ+Δ.Δ(4%), ΔΜΤΣ+ΔΕΠΥ+Δ.Δ(11,5%)	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.

Munjer, 2016	Ένα επεισόδιο (π.χ. έκθεση σε επιδειξιμανή) μέχρι και 7 χρόνια κακοποίησης	<17,9	Σωματική κακοποίηση από υπεύθυνο για την φροντίδα το παιδιού/εφήβου (74.3%)/ ψυχολογική/συναισθηματική κακοποίηση (55.7%)/ παραμέληση (από υπεύθυνο για τη φροντίδα) (24,3%)	Σεξουαλικήκακοποίησηαπόγνωστό ενήλικα, απόάγνωστοενήλικα, συνομήλικο, απόπειρα, ή ολοκληρωμένος βιασμόςσεξουαλική έκθεση, λεκτική σεξουαλική παρενόχληση, σεξουαλική κακομεταχείριση	Διαταραχήδιαγωγής (20.0%), ΔΕΠΥ (18.6%), Μείζων κατάθλιψη (17.1%)	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Nothling, 2017	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Πολυμεταβλητή Ανάλυση	Φύλο, ηλικία
Salazaar, 2013	Δ.Α.	<18	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Πολυμεταβλητή Ανάλυση	Φύλο, φυλή
Sanders, 2017	Δ.Α.	<18	Σωματική και σεξουαλική κακοποίηση: 2,9%	Οποιαδήποτε παράνομη μορφή σεξουαλικής πράξης προς νέους	Δ.Α.	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.
Ward, 2018	Δ.Α.	<17	Δ.Α.	Σεξουαλικήκακοποίησηεξ επαφής (4.94%), εξαναγκασμόςκαι διούγιασεξουαλικήσυνεύρεση (2·18%), κακοποίησημέσω έκθεσης (3·25%), συναισθηματικήκακοποίησημετηνχρήση σεξουαλικού υλικού (2·17%), άλλη σεξουαλική εμπειρία με ενήλικα, συμπεριλαμβανομένων συναινετικών ενεργειών (6·29%), άλλη σεξουαλική	Κατάθλιψη (OR: 3,43), Άγχος: (OR:2,48)	Πολυμεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.

				εμπειρία με ενήλικα, συναινετική (3·05%), οποιαδήποτε σεξουαλική κακοποίηση, συμπεριλαμβανομένων συναινετικών ενεργειών (14·61%), και μη συναινετικών (12·04%)			
Weierich, 2008	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Δ.Α.	Μείζων κατάθλιψη για τους σεξ. Κακοποιημένους (45%), Οριακή διαταραχή προσωπικότητας για τους σεξ. Κακοποιημένους M=6.6, αυτοτραυματισμοί για τους σεξ. Κακοποιημένους (89%)	Μονομεταβλητή Ανάλυση	Δ.Α.

ΔΕΠΥ: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, ΔΔ: Διαταραχή Διαγωγής, ΜΚΔ: Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Δ.Α: Δεν Αναφέρεται, OR: odds ratio.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 (TABLE 3): ΕΡΕΥΝΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΕΞΑΙΡΕΘΗΚΑΝ ΛΟΓΩ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΗΣ

Author, year	Title	Journal, Volume, Issue, Page
Abrams, 2008	Prevalence and correlates of sleep paralysis in adults reporting childhood sexual abuse.	Journal of Anxiety Disorders, 22(8), 1535–1541.
Ammerman, 2012	PTSD in depressed mothers in home visitation	Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, 4(2), 186–195.
Arata, 2000	From Child Victim to Adult Victim: A Model for Predicting Sexual Revictimization	Child Maltreatment, 5(1), 28-38.

Armour, 2016	Assessing childhood maltreatment and mental health correlates of disordered eating profiles in a nationally representative sample of English females	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 51(3):383-9
Baker, 2009	Childhood trauma and adulthood physical health in Mexico.	Journal of Behavioral Medicine, 32(3), 255–269.
Ballard, 2015	Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood	Psychological Medicine, 45(15):3305-16
Becker, 2010	Traumatic Stress Symptoms of Women Exposed to Different Forms of Childhood Victimization and Intimate Partner Violence.	Journal of Interpersonal Violence, 25(9), 1699–1715.
Bedi, 2011	Risk for Suicidal Thoughts and Behavior after Childhood Sexual Abuse in Women and Men.	Suicide and Life-Threatening Behavior, 41(4), 406–415.
Berger, 2016	The mental health of male victims and their children affected by legal and administrative partner aggression	Aggressive Behaviour, 42(4):346-61
Bishop, 2014	An analysis of early developmental trauma in social anxiety disorder and posttraumatic stress disorder	Annals of general psychiatry, 29(13):16
Booth, 2012	Physical Health Status of Female Veterans	Psychosomatic Medicine, 74(9), 916–924.
Bornefeld-Ettmann, 2011	Sexual Functioning After Childhood Abuse: The Influence of Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma Exposure.	The Journal of Sexual Medicine, 15(4):529-538
Bremner, 2003	Neural correlates of declarative memory for emotionally valenced words in women with posttraumatic stress disorder related to early childhood sexual abuse	Biological Psychiatry, 53(10), 879-889.
Bremner, 2004	Deficits in Verbal Declarative Memory Function in Women With Childhood Sexual Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder	The Journal of Nervous and Mental Disease, 192(10), 643-6
Briggs, 1997	What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of childhood sexual abuse	Child Abuse & Neglect, 21(6), pp:575-582.
Brockie, 2015	The Relationship of Adverse Childhood Experiences to PTSD, Depression, Poly-Drug Use and Suicide Attempt in Reservation-Based Native American Adolescents and Young Adults	American Journal of Community Psychology, 55(3-4):411-21
Brown, 2015	Correlations Between Sexual Abuse Histories, Perceived Danger, and PTSD Among Intimate Partner Violence Victims	Journal of interpersonal violence, 30(15):2709-25
Bryant-Davis, 2010	Struggling to survive: Sexual assault, poverty, and mental health outcomes of African American women	American Journal of Orthopsychiatry, 80(1), 61–70.
Cackowski, 2016	The impact of posttraumatic stress disorder on the symptomatology of borderline personality disorder.	Borderline personality disorder and emotion dysregulation,
Camimura, 2016	Intimate partner violence-related experiences and mental health among college students in Japan, Singapore, South Korea and Taiwan	The international journal of social psychiatry, 62(3):262-70
Campbell, 2008	The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A victimization model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes.	Journal of Consulting and Clinical Psychology 76(2), 194-207
Cantón-Cortés, 2010	Coping with child sexual abuse among college students and post-traumatic stress disorder: The role of continuity of abuse and relationship with the perpetrator	Child Abuse & Neglect, 34(7), 496–506.
Cantón-Cortés, 2011	The effects of perpetrator age and abuse disclosure on the relationship between feelings provoked by child sexual abuse and posttraumatic stress.	Anxiety, Stress & Coping, 24(4), 451–461.
Carlson, 2001	Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients	Journal of Traumatic Stress, 13(3), 549-567.
Choi, 2015	Maladaptive coping mediates the influence of childhood trauma on depression and PTSD among pregnant women in South Africa	Archives of women’s mental health,18(5):731-8
Choi, 2017	Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years.	International psychogeriatrics, 29(3):359-372
Cieslak, 2008	Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress.	Behaviour Research and Therapy, 46(7), 788–798.
Clanecky, 2016	Proposed pathways to problematic drinking via post-traumatic stress disorder symptoms, emotion dysregulation, and dissociative tendencies following child/ad	Journal of addictive diseases, 35(3):180-93
Costa, 2019	Resource Loss Moderates the Association Between Child Abuse and Current PTSD Symptoms Among Women in Primary-Care Settings	Journal of interpersonal violence, 34(17):3614-3636
Cogle, 2010	Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication.	Psychiatry Research, 177(1-2), 150–155
Cross, 2016	Maternal Child Sexual Abuse Is Associated With Lower Maternal Warmth Toward Daughters but Not Sons	Journal of Child Sexual Abuse, 25(8):813-826

Darves-Bornoz, 1997	Rape-related psychotraumatic syndromes	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproduction, 71(1), 59-65.
Deblinger, 1989	Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and non-abused children	Child Abuse & Neglect, 13(3), 403-408.
Dikel, 2003	Posttraumatic stress disorder, dissociation, and sexual abuse history in epileptic and non epileptic seizure patients	Epilepsy & Behavior, 4(6), 644-650.
Dorahy, 2016	Child abuse and neglect in complex dissociative disorder, abuse-related chronic PTSD, and mixed psychiatric samples	Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the study of dissociation (ISSD), 17(2):223-36
Dorvan, 2016	Childhood maltreatment and adult mental health	Nordic Journal of Psychiatry, 70(2):140-5
Eadie, 2008	Posttraumatic stress symptoms as a mediator between sexual assault and adverse health outcomes in undergraduate women.	Journal of Traumatic Stress, 21(6), 540-547
El-Bassel, 2011	Posttraumatic Stress Disorder and HIV Risk Among Poor, Inner-City Women Receiving Care in an Emergency Department.	American Journal of Public Health, 101(1), 120-127.
Elklit, 2014	Impact of traumatic events on posttraumatic stress disorder among Danish survivors of sexual abuse in childhood	Journal of child sexual abuse, 23(8):918-34
Engstrom, 2012	Childhood sexual abuse characteristics, intimate partner violence exposure, and psychological distress among women in methadone treatment.	Journal of Substance Abuse Treatment, 43(3), 366-376.
Epstein, 1998	PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women	Child Abuse & Neglect, 22(3), 223-234.
Fergusson, 2013	Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand.	Child Abuse & Neglect, 37(9), pp.664-674.
Fierman, 1993	Trauma and posttraumatic stress disorder in subjects with anxiety disorders	American Journal of Psychiatry, 150(12), pp: 1872-1874.
Fleming, 2016	Predicting three types of dissociation in female survivors of intimate partner violence	Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the study of dissociation (ISSD) 17(3):267-85
Forman-Hoffman, 2012	Eating Disorders, Post-Traumatic Stress, and Sexual Trauma in Women Veterans.	Military Medicine, 177(10), 1161-1168.
Gearon, 2003	Traumatic Life Events and PTSD Among Women With Substance Use Disorders and Schizophrenia	Psychiatric Services, 54(4), 523-528.
Gibb, 2007	Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients	Depression and Anxiety 24(4),pp:256-263.
Glaesmer, 2017	Childhood maltreatment in children born of occupation after WWII in Germany and its association with mental disorders	International Psychogeriatrics, 29(7):1147-1156
Glover, 2010	Childhood Sexual Abuse Severity and Disclosure Predict Posttraumatic Stress Symptoms and Biomarkers in Ethnic Minority Women.	Journal of Trauma & Dissociation, 11(2), 152-173.
Gold, 2007	Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential avoidance, and psychological symptom severity	Behaviour Research and Therapy, 46(7), 788-798.
Goldberg, 2005	Development of posttraumatic stress disorder in adult bipolar patients with histories of severe childhood abuse	Journal of Psychiatric Research, 39(6), 595-601.
Goodman, 2011	False memory for trauma-related Deese-Roediger-McDermott lists in adolescents and adults with histories of child sexual abuse.	Development and Psychopathology, 23(02), 423-438.
Gospodarevskaya, 2013	Post-Traumatic Stress Disorder and Quality of Life in Sexually Abused Australian Children.	Journal of Child Sexual Abuse, 22(3), pp.277-296.
Grelotti, 2018	Prevalence of stressful life events and their association with post-traumatic stress disorder among youth attending secondary school in Haiti.	Psychiatry Research, 269:369-375
Gurvits, 2002	Performance on visuospatial copying tasks in individuals with chronic posttraumatic stress disorder	Psychiatry Research, 112(3), 263-268.
Haileye, 2013	Psychopathological correlates of child sexual abuse: the case of female students in Jimma zone, South West Ethiopia.	Ethiopian J Health Sci., 23(1): 32-38.
Han, 2013	Childhood Sexual Abuse, Alcohol Use, and PTSD Symptoms as Predictors of Adult Sexual Assault Among Lesbians and Gay Men.	Journal of Interpersonal Violence, 28(12), pp.2505-2520.
Hapke, 2006	Post-traumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender.	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(5)pp. 299-306.

Hardy, 2016	Psychological Mechanisms Mediating Effects Between Trauma and Psychotic Symptoms: The Role of Affect Regulation, Intrusive Trauma Memory, Beliefs, and Depression	Schizophrenia bulletin, 42(1):34-43
Hauer, 2008	Autobiographical memory specificity after manipulating retrieval cues in adults reporting childhood sexual abuse.	Journal of Abnormal Psychology, 117(2), 444–453
Häuser, 2015	Self-reported childhood maltreatment, lifelong traumatic events and mental disorders in fibromyalgia syndrome: a comparison of US and German outpatients	Clinical and Experimental Rheumatology, 33(1)Suppl 88:86-
Holmes, 2005	Men’s Pathways to Risky Sexual Behavior: Role of Co-Occurring Childhood Sexual Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Depression Histories	Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy 82(1), pp.89-99.
Holmes, 2008	Men’s self-definitions of abusive childhood sexual experiences, and potentially related risky behavioral and psychiatric outcomes	Child Abuse & Neglect, 32(1), pp.83-97.
Houston, 2012	Psychological pathways from childhood sexual and physical abuse to HIV/sexually transmitted infection outcomes among homeless women: The role of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder symptoms.	Journal of Health Psychology, [online] 18(10), pp.1330–1344
Huang, 2006	Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in female prisoners in China	Comprehensive Psychiatry, 47(1),20-29.
Huang, 2008	Child sexual abuse, coping strategies and lifetime posttraumatic stress disorder among female inmates.	International Journal of Prisoner Health 4(1), 154-63
Huang, 2012	Impact of Multiple Types of Childhood Trauma Exposure on Risk of Psychiatric Comorbidity Among Alcoholic Inpatients.	Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 36(6), pp.5
Humphreys, 2010	Tonic Immobility in Childhood Sexual Abuse Survivors and Its Relationship to Posttraumatic Stress Symptomatology.	Journal of Interpersonal Violence, 25(2), 358–373.
Jaquier, 2014	Fear of past abusive partner(s) impacts current posttraumatic stress among women experiencing partner violence	Violence against women, 20(2):208-27
Johnson, 2003	Personality Disorders, Coping Strategies, and Posttraumatic Stress Disorder in Women with Histories of Childhood Sexual Abuse	Journal of Child Sexual Abuse, 12(2), 19-39.
Kaltman, 2005	Psychological impact of types of sexual trauma among college women	Journal of Traumatic Stress, 18(5), pp:547-555.
Kleindienst, 2014	Body self-evaluation and physical scars in patients with borderline personality disorder: an observational study	Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation,
Koola, 2013	Prevalence of Childhood Physical and Sexual Abuse in Veterans With Psychiatric Diagnoses.	The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(4), pp.348
Krejci, 2004	Sexual Trauma, Spirituality, and Psychopathology	Journal of Child Sexual Abuse, 13(2), 85-103
Krupnick, 2004	Mental Health Effects of Adolescent Trauma Exposure in a Female College Sample: Exploring Differential Outcomes Based on Experiences of Unique Trauma Types and Dimensions	Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 67(3), 26
Lev-Wiesel, 2009	Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress.	Child Abuse & Neglect, 33(12), 877–887.
Lev-Wiesel, 2010	The Role of Peripartum Dissociation as a Predictor of Posttraumatic Stress Symptoms Following Childbirth in Israeli Jewish Women.	Journal of Trauma & Dissociation, 11(3), 266–283.
Lopez-Castroman, 2015	Posttraumatic Stress Disorder following childhood abuse increases the severity of suicide attempts	Journal of affective disorder, 1(170):7-14
Lu, 2013	Public Mental Health Clients with Severe Mental Illness and Probable Posttraumatic Stress Disorder: Trauma Exposure and Correlates of Symptom Severity.	Journal of Traumatic Stress, [online] 26(2), pp.266–273.
Lueger-Schuster, 2014	Institutional abuse of children in the Austrian Catholic Church: Types of abuse and impact on adult survivors’ current mental health.	Child Abuse & Neglect, 38(1), pp.52–64.
Luz, 2016	Conditional risk for posttraumatic stress disorder in an epidemiological study of a Brazilian urban population	Journal of Psychiatric Research, 2:51-7
Machado, 2011	Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence.	International Journal of Gynecology & Obstetrics, 113(1), 58
Maercker, 2018	ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample	The Journal of Nervous and Mental Disease,206(4):270-276
Martinson, 2012	Processing of Intimacy-Related Stimuli in Survivors of Sexual Trauma.	Journal of Interpersonal Violence, 28(9), pp.1886–1908.

Marx, 2003	The effects of trauma history, gender, and race on alcohol use and posttraumatic stress symptoms in a college student sample	Addictive Behaviors, 28(9), pp:1631-1647.
Massey, 2013	Reactions to research participation in victims of childhood sexual abuse	Journal of empirical research on human research ethics: JERHRE, 8(4):77-92
Mercado, 2015	Impact of Childhood Abuse on Physical and Mental Health Status and Health Care Utilization Among Female Veterans	Military Medicine, 180(10):1065-74
Messman-Moore, 2000	The Revictimization of Child Sexual Abuse Survivors: An Examination of the Adjustment of College Women with Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, and Adult Physical Abuse	5(1), 18-27.
Mills, 2016	Self-reported and agency-notified child sexual abuse in a population-based birth cohort	Journal of psychiatric research, 74:87-93
Mueller-Pfeiffer, 2013	Characteristics of Child Maltreatment and Their Relation to Dissociation, Posttraumatic Stress Symptoms, and Depression in Adult Psychiatric Patients.	The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(6), pp.471-
Mueser, 1998	Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(3)493-499
Müller, 2015	Childhood adversities as specific contributors to the co-occurrence of and alcohol use disorders	Psychiatry Research, 228(3), 251-256
Murphy, 2014	Modelling the co-occurrence of psychosis-like experiences and childhood sexual abuse	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49(7):1037-
Negrao, 2005	Shame, Humiliation, and Childhood Sexual Abuse: Distinct Contributions and Emotional Coherence	Child Maltreatment, 10(4), 350-363.
Nixon, 2004	Panic following trauma: the etiology of acute posttraumatic arousal	Journal of Anxiety Disorders, 18(2),193-210
Norris, 2003	Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico	Journal of Abnormal Psychology, 112(4), 646-656.
O'Leary, 2009	Men who were sexually abused in childhood: Coping strategies and comparisons in psychological functioning.	Child Abuse & Neglect, 33(7), 471-479.
Oliveira, 2017	Childhood sexual abuse, intimate partner violence during pregnancy, and posttraumatic stress symptoms following childbirth: a path analysis	Archives of women's mental health, 20(2):297-309
Oquendo, 2005	Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression: Factors Mediating the Association With Suicidal Behavior	American Journal of Psychiatry, 162(3), 560-566.
Palic, 2016	The relationship between the percentage of circulating B cells, corticosteroid levels, and other immunologic parameters in thermally injured patients	The Journal of Trauma, 29(2):208-13
Pearson, 2015	Post-traumatic stress disorder and HIV risk behaviors among rural American Indian/Alaska Native women	American Indian and Alaska Native Mental Health Research
Peles, 2014	Psychiatric comorbidity differences between women with history of childhood sexual abuse who are methadone-maintained former opiate addicts and non-addicts	Psychiatry Research, 219(1):191-7
Pico-Alfonso, 2005	Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women	Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29(1), 181-193.
Porcerelli, 2010	Abuse, Outpatient Charges and Utilization, and Psychiatric Symptoms among Urban Women on Medicaid.	The Journal of the American Board of Family Medicine, 23(3)
Price, 2017	The Moderating Effect of Childhood Maltreatment on the Relations Among PTSD Symptoms, Positive Urgency, and Negative Urgency.	Journal of Traumatic Stress, 30(4):432-437
Raghavan, 2006	Child sexual abuse and posttraumatic stress disorder: The role of age at first use of substances and lifetime traumatic events	Journal of Traumatic Stress, 19(2),269-278.
Rausch, 2016	Women with exposure to childhood interpersonal violence without psychiatric diagnoses show no signs of impairment in general functioning, quality of life and sexuality	Borderline personality disorder and emotion dysregulation,
Raymaekers, 2010	Autobiographical memory specificity among people with recovered memories of childhood sexual abuse.	Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4
Reisner, 2009	Stressful or traumatic life events, post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms, and HIV sexual risk taking among men who have sex with men.	AIDS Care, 21(12), 1481-1489.
Reyes-Rodríguez, 2011	Posttraumatic Stress Disorder in Anorexia Nervosa.	Psychosomatic Medicine, 73(6), 491-497.

Risser, 2006	PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of re-experiencing, avoidance, and arousal symptoms	Journal of Traumatic Stress, 19(5), 687-698.
Rodriguez, 1996	Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adult survivors of childhood Sexual Abuse	Child Abuse & Neglect, 20(10), 943-952.
Roesler, 1994	Reactions to Disclosure of Childhood Sexual Abuse The Effect on Adult Symptoms	The Journal of Nervous and Mental Disease, 182(11), 618-6
Roesler, 1994	Effects of Childhood Trauma on Psychological Functioning in Adults Sexually Abused as Children	The Journal of Nervous and Mental Disease, 182(3), 145-15
Roller, 2011	Moving Beyond the Pain: Women's Responses to the Perinatal Period After Childhood Sexual Abuse.	Journal of Midwifery & Women's Health, 56(5), 488-493.
Rowan, 1994	Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children	Child Abuse & Neglect, 18(1), 51-61.
Roxburgh, 2006	Posttraumatic stress disorder among female street-based sex workers in the greater Sydney area, Australia	BMC Psychiatry, 6(1).
Ruggiero, 2004	Is Disclosure of Childhood Rape Associated with Mental Health Outcome? Results from the National Women's Study	Child Maltreatment, 9(1), 62-77.
Sanchez, 2017	Childhood physical and sexual abuse experiences associated with post-traumatic stress disorder among pregnant women.	Annals of Epidemiology, 27(11):716-723
Sandberg, 1999	Dissociation, posttraumatic symptomatology, and sexual revictimization: A prospective examination of mediator and moderator effects	Journal of Traumatic Stress, 12(1), 127-138.
Sandberg, 2010	Adult Attachment as a Predictor of Posttraumatic Stress and Dissociation.	Journal of Trauma & Dissociation, 11(3), 293-307.
Sareen, 2013	Adverse childhood experiences in relation to mood and anxiety disorders in a population-based sample of active military personnel.	Psychological Medicine, 43(01), 73-84.
Schaaf, 1998	Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder	Child Abuse & Neglect, 22(11), 1119-1133
Scheiderer, 2015	The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample	Borderline personality disorder and emotion dysregulation,
Send, 2014	Complex Mental Health Sequelae of Psychological Trauma Among Women in Prenatal Care	Psychological Trauma: theory, research, trauma and policy,
Sikkema, 2011	Mental Health and HIV Sexual Risk Behavior Among Patrons of Alcohol Serving Venues in Cape Town, South Africa.	JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 5
Smith, 2016	Is worst-event trauma type related to PTSD symptom presentation and associated features?	Journal of anxiety disorder, 38:55-61
Spinhoven, 2014	Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors	Child Abuse & Neglect, 38(8):1320-30
Stappenbeck, 2013	Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors	Child Abuse & Neglect, 38(8):1320-30
Steine, 2017	Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse	Child Abuse & Neglect, 65:99-111
Stockdale, 2009	Sexual harassment and posttraumatic stress disorder: Damages beyond prior abuse.	Law and Human Behavior, 33(5), 405-418.
Subica, 2013	Psychiatric and Physical Sequelae of Childhood Physical and Sexual Abuse and Forced Sexual Trauma Among Individuals With Serious Mental Illness.	Journal of Traumatic Stress, 26(5), pp.588-596
Sui, 2014	Posttraumatic stress disorder among female victims of sexual assault in China: prevalence and psychosocial factors	Asia-Pacific Psychiatric, 6(4):405-13
Surís, 2004	Sexual Assault in Women Veterans: An Examination of PTSD Risk, Health Care Utilization, and Cost of Care	Psychosomatic Medicine, 66(5), 749-756.
Thompson, 2003	Psychopathology and sexual trauma in childhood and adulthood	Journal of Traumatic Stress, 16(1)35-38.
Tiihonen Möller, 2014	Identifying risk factors for PTSD in women seeking medical help after rape	PLoS One, 9(10):e111136
Ullman, 2006	Correlates of comorbid PTSD and drinking problems among sexual assault survivors	Addictive Behaviors, 31(1), 128-132.
Ullman, 2007	Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors	Journal of Child Sexual Abuse, 16(1),19-36.

Ullman, 2009	Child Sexual Abuse, Post-Traumatic Stress Disorder, and Substance Use: Predictors of Revictimization in Adult Sexual Assault Survivors.	Journal of Child Sexual Abuse, 18(4), 367–385.
Ullman, 2013	Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims	Addictive Behaviors, 38(6), pp.2219–2223.
Ullman, 2014	Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault	Journal of Child Sexual Abuse, 23(1):74-93
Ullman, 2016	Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors	Addictive Behaviours,53:7-10
Van Buren, 2015	Peritraumatic Tonic Immobility and Trauma-Related Symptoms in Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: The Role of Posttrauma Cognitions	Journal of child sexual abuse, 24(8):959-74
Van der Walt, 2014	Resilience and post-traumatic stress disorder in the acute aftermath of rape: a comparative analysis of adolescents versus adults	Journal of Child and Adolescents Mental Health, 26(3):239-
Van Dorn, 2005	The effects of early sexual abuse on adult risky sexual behaviors among persons with severe mental illness	Child Abuse & Neglect, 29(11), pp.1265-1279
Walsh, 2012	National Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder Among Sexually Revictimized Adolescent, College, and Adult Household-Residing Women.	Archives of General Psychiatry, 69(9), 935.
Walsh, 2013	Posttraumatic Stress Disorder Symptoms.	Journal of Interpersonal Violence, 28(3), 558–576.
Weiss, 2013	Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers.	Child Abuse & Neglect, 37(11), pp.944–954.
Weninger, 1998	Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors	Journal of Traumatic Stress, 11(2), 281-300.
Whetten, 2012	Relationship between trauma and high-risk behavior among HIV-positive men who do not have sex with men (MDSM).	AIDS Care, 24(11), 1453–1460.
Widom, 1999	Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up	American Journal of Psychiatry, 156(8)pp:1223–1229.
Wolf, 2012	A Latent Class Analysis of Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder.	Archives of General Psychiatry, 69(7).
Wong, 2016	The Impact of Specific and Complex Trauma on the Mental Health of Homeless Youth	Journal of interpersonal violence, 31(5):831-54
Yampolsky, 2010	Child sexual abuse: is it a risk factor for pregnancy?	Journal of Advanced Nursing, p.no-no.
Yiaslas, 2014	The relationship between sexual trauma, peritraumatic dissociation, posttraumatic stress disorder, and HIV-related health in HIV-positive men	Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the study of dissociation (ISSD), 15(4):420-35
Young, 2014	Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood	Child Abuse & Neglect, 38(8):1369-81
Zinzow, 2011	Prevalence and risk of psychiatric disorders as a function of variant rape histories: results from a national survey of women.	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47(6), 893–9

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 (TABLE 4): ΕΡΕΥΝΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΗΚΑΝ ΛΟΓΩ ΤΗΣ ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

Author	Title	Journal, Volume, Issue, Page
--------	-------	------------------------------

Alexander, 2005	Traumatic Impact Predicts Long-Term Memory for Documented Child Sexual Abuse	Psychological Science, 16(1), 33-40.
Alix, 2017	Posttraumatic Stress Disorder and Suicidal Ideation Among Sexually Abused Adolescent Girls: The Mediating Role of Shame	Journal of Child Sexual Abuse, 26(2), 158–174.
Bae, 2018	PTSD correlates with somatization in sexually abused children: Type of abuse moderates the effect of PTSD on somatization.	PLOS ONE, 13(6), e0199138.
Bahali, 2010	Child Sexual Abuse: Seven Years in Practice	Journal of Forensic Sciences, 55(3), 633-636.
Brabant, 2013	Identification of Sexually Abused Female Adolescents at Risk for Suicidal Ideations: A Classification and Regression Tree Analysis	Journal of Child Sexual Abuse, 22(2), 153-172.
Brabant, 2014	Predicting Suicidal Ideations in Sexually Abused Female Adolescents: A 12-Month Prospective Study	Journal of Child Sexual Abuse, 23(4), 387-397.
Broman Fulks, 2007	Sexual assault disclosure in relation to adolescent mental health: results from the National Survey of Adolescents.	Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 36(2), 260–266.
Cole, 2016	Predicting Suicidal Ideations in Sexually Abused Female Adolescents: A 12-Month Prospective Study	Journal of Child Sexual Abuse, 23(4), 387-397.
Collin-Vzina, 2005	Comparing Dissociation and PTSD in Sexually Abused School-Aged Girls	The Journal of Nervous and Mental Disease, 193(1), 47-52.
Cyr, 2005	Clinical Correlates and Repetition of Self-Harming Behaviors Among Female Adolescent Victims of Sexual Abuse	Journal of Child Sexual Abuse, 14(2),49-68.
Gauthier-Duchesne, 2017	Gender as a predictor of posttraumatic stress symptoms and externalizing behavior problems in sexually abused children.	Child Abuse & Neglect, 64, 79–88.
Hébert, 2016	The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse	Journal of Affective Disorders, 193, 227-232.
Kaplow, 2005	Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children	American Journal of Psychiatry, 162(7), 1305-1310.
Khadr, 2018	Mental and sexual health outcomes following sexual assault in adolescents: a prospective cohort study.	The Lancet Child & Adolescent Health, 2(9), 654–665.
Kmett Danielson, 2009	Risky Behaviors and Depression in Conjunction With—or in the Absence of—Lifetime History of PTSD Among Sexually Abused Adolescents	Child Maltreatment, 15(1), 101-107.
Lawyer, 2006	Mental Health Correlates of the Victim-Perpetrator Relationship Among Interpersonally Victimized Adolescents	Journal of Interpersonal Violence, 21(10), 1333-1353.
Lee, 2018	Validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory in Korean survivors of sexual violence.	Child and Adolescent Psychiatry and Mental

		Health, 12(1).
Mathews, 2013	Exploring Mental Health Adjustment of Children Post Sexual Assault in South Africa	Journal of Child Sexual Abuse, 22(6), 639-657.
McLean, 2014	Trauma Characteristics and Posttraumatic Stress Disorder among Adolescent Survivors of Childhood Sexual Abuse	Journal of Family Violence, 29(5), 559-566.
McLeer, 1988	Post-Traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27(5), 650-654.
McLeer, 1992	Sexually Abused Children at High Risk for Post-traumatic Stress Disorder	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31(5), 875-879.
Merry, S. N, 1994	Psychiatric Status of Sexually Abused Children 12 Months after Disclosure of Abuse.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33(7), 939-944.
Miragoli, 2017	Narrative fragmentation in child sexual abuse: The role of age and post-traumatic stress disorder	Child Abuse & Neglect, 73, 106-114.
Mutavi, 2017	Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Sexually Abused Children and Educational Status in Kenya: A Longitudinal Study.	Journal of Child & Adolescent Behaviour, 05(05).
Ozbaran, 2008	Social and Emotional Outcomes of Child Sexual Abuse	Journal of Interpersonal Violence, 24(9), pp: 1478-1493.
Reyes, 2008	Exploring the Relations Among the Nature of the Abuse, Perceived Parental Support, and Child's Self-Concept and Trauma Symptoms Among Sexually Abused Children	Journal of Child Sexual Abuse, 17(1), 51-70.
Say, 2015	Abuse Characteristics and Psychiatric Consequences Associated with Online Sexual Abuse	Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 18(6), 333-336.
Simon, 2016	Early stigmatization, PTSD, and perceived negative reactions of others predict subsequent strategies for processing child sexual abuse.	Psychology of Violence, 6(1), pp:112-113.
Simsek, 2015	BDNF and cortisol levels in children with or without post-traumatic stress disorder after sustaining sexual abuse	Psychoneuroendocrinology, 56, 45-51.
Şimsek, 2016	The Levels of Cortisol and Oxidative Stress and DNA Damage in Child and Adolescent Victims of Sexual Abuse with or without Post-Traumatic Stress Disorder.	Psychiatry Investigation, 13(6), 616.
Sowmya, 2016	Clinical characteristics of children presenting with history of sexual abuse to a tertiary care centre in India.	Asian Journal of Psychiatry, 19, 44-49.
Soylu, 2013	Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual	Research in Developmental Disabilities,

	disabilities	34(12), 4334-4342.
Soylu, 2016	Gender Differences in Sexually Abused Children and Adolescents: A Multicenter Study in Turkey.	Journal of Child Sexual Abuse, 25(4), 415–427.
Van Duin, 2018	Sexual abuse in very young children: a psychological assessment in the Amsterdam Sexual Abuse Case study.	European Journal of Psychotraumatology, 9(1), 1503524.
Wolfe, 1994	Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse	Child Abuse & Neglect, 18(1), 37-50.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 (TABLE 5): ΕΡΕΥΝΕΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΗΚΑΝ ΕΞ ΑΙΤΙΑΣ ΤΩΝ ΑΚΟΛΟΥΘΩΝ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΑΙΤΙΩΝ

Studies reporting CSA + PTSD without presenting their association		
Author	Title	Journal, Volume, Issue, Page
Bailey, 2007	Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers.	Attachment & Human Development, 9(2), 139–161.
Chemtob, 2016	Child Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder: Identification in Community Mental Health Clinics.	Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 1(2–3), 103–115
Elwood LS, 2011	Predictors of rape: findings from the National Survey of Adolescents.	Journal of Traumatic Stress, 24(2), 166–173.
Moreland, 2018	Investigating Longitudinal Associations Between Sexual Assault, Substance Use, and Delinquency Among Female Adolescents: Results From a Nationally Representative Sample.	Journal of Adolescent Health, 63(3):320-326
Mueser, 2008	Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems.	Psychiatric Services, 59(6), 627–634.
Orozco, 2008	Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey.	Salud Pública de México, 50.
Soylu, 2014	Early-married and sexually abused girls differ in their psychiatric outcomes	Child Abuse & Neglect, 38(9), 1552–1559
Studies presenting multiple trauma + CSA jointly		
Adam, B. S., 1992	PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children.	Child Psychiatry & Human Development, 23(1), pp.3–8.
Choi, 2013	The effects of multiple interpersonal traumas on psychological maladjustment of sexually abused children in Korea.	Journal of Traumatic Stress, 26(1), 149–157
Glod, C. A., 1997	Increased Nocturnal Activity and Impaired Sleep Maintenance in Abused Children.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36(9), 1236–1243.
Haviland, M. G, 1995	Beyond Posttraumatic Stress Disorder: Object Relations and Reality Testing Disturbances in Physically and Sexually Abused Adolescents.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34(8), 1054–1059.
Romero, 2009	Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder	American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57(10), S259

Studies presenting linear regression analysis coefficient on continuous PTSD Score		
Acierno R, 2000	Assault, PTSD, family substance use, and depression as risk factors for cigarette use in youth: Findings from the national survey of adolescents.	Journal of Traumatic Stress, 13(3), 381–396.
Boney-McCoy, S., 1995	Prior victimization: A risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth	Child Abuse & Neglect, 19(12), 1401–1421.
Boney-McCoy, S, 1996	Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study.	Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(6), 1406–1416.
Griffin, 2012	Prospective effects of method of coercion in sexual victimization across the first college year.	Journal of Interpersonal Violence, 27(12), 2503–2524.
Hodgdon, 2018	Maltreatment type, exposure characteristics, and mental health outcomes among clinic referred trauma-exposed youth.	Child Abuse & Neglect, 82:12-22
Kaminer, 2013	Gender patterns in the contribution of different types of violence to posttraumatic stress symptoms among South African urban youth	Child Abuse & Neglect, 37(5), 320–330
Keeshin, 2013	Cortisol awakening response in adolescents with acute sexual abuse related Post Traumatic Stress Disorder	<i>Depression and Anxiety</i> , 31(2), 107–114.
Keeshin, 2015	Elevated Salivary Alpha Amylase in Adolescent Sexual Abuse Survivors with Posttraumatic Stress Disorder Symptoms.	Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 25(4), 344–350.
Luthra, 2008	Relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents.	Journal of Interpersonal Violence, 24(11), 1919–1927.
Noll, 2003	Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study.	Journal of Interpersonal Violence, 18(12), 1452–1471.
Noll, 2005	Sleep Disturbances and Childhood Sexual Abuse.	Journal of Pediatric Psychology, 31(5), 469–480.
Sullivan, 2006	Differential relationships of childhood abuse and neglect subtypes to PTSD symptom clusters among adolescent inpatients.	Journal of Traumatic Stress, 19(2), 229–239.
Sim, 2005	The Child Behavior Checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric, and sexually abused children.	Journal of Traumatic Stress, 18(6), 697–705.
Usta, 2010	Child sexual abuse in Lebanon during war and peace.	Child: Care, Health and Development, 36(3), 361–368.
Study which all CSA victims had PTSD		
Aksu, 2018	Altered levels of brain-derived neurotrophic factor, proBDNF and tissue plasminogen activator in children with posttraumatic stress disorder.	Psychiatry Research, 268:478-483
Study presenting results of the association of PTSD and sexual abuse concerning CSA victims and S.A familial persons		
Elklit, 2002	Victimization and PTSD in a Danish National Youth Probability Sample.	Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(2), 174–181.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 (TABLE 6): ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ ΣΤΙΣ ΕΠΙΛΕΞΙΜΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΟΝ ΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ (CSA) ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (PTSD)

First Author, Year	Title of Paper	Definition of CSA	Definition of PTSD
Ackerman, 1998	Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both).	Substantiation of abuse from the State Department of Human Services investigation, clinical assessment at Arkansas Children's(Ackerman, P., 1998)	The revised Diagnostic Interview for Children and Adolescents(DICA), structured interview, given by children and caregivers, DSM-III-R (Reich, W., &Welner, Z., 1988)
Bernard-Bonnin,2008	Disclosure of sexual abuse and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls.	Medical records using the history of victimization form, completed by the children of both groups. For the control group the parents asked about the presence of experiences by answering a list of events.	The Children's Impact of Traumatic Events Scale-Revised, completed by children (Wolfe, VV., 1996)
Brand, 1996	Depressed Adolescents with a History of Sexual Abuse: Diagnostic Comorbidity and Suicidality	Sexual Risk Behavior Assessment Schedule (Sexual History) semi-structure Sexual Risk (Wyatt, G., 1988) Behavior Assessment Schedule (Sexual History) semi-structured Interview for Adolescents (Meyer-Bahlburg, HFL.Ehrhardt, M., Exner, TM. et al., 1991)	Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA), 22 questions reflecting diagnostic criteria for the disorder, completed by the adolescents.(Herjanic, B., Campbell, W., 1977)
Conway, 2013	Thought and language disorder among sexually abused children in a psychiatric hospital	Thematic Apperception Test (TAT), oral, answered by children/ interviews with the children's caregivers by a licensed clinical Psychologist (Murray, H., 1943)	Children in the study were diagnosed by a licensed clinical psychologist
De Rose, 2016	Current Psychopathological Symptoms in Children and Adolescents Who Suffered Different Forms of Maltreatment	Abuse documented by interview (professional at the local social services, medical professional, mental health professional, or courts or by parents)	Child Behavior Checklist, completed by parents/ Trauma Symptom (Achenbach, T.M., 2001) Checklist for Young Children (TSCYC), completed by children/ DSM-IV-TR (Briere, J., 1996)

Dubner, 1999	Sexually and Physically Abused Foster Care Children and Posttraumatic Stress Disorder	Case records – caseworker reports/ interview based on Russell’s (1983) criteria for seriousness of abuse (Russell, 1983)	CPI –This structured clinical interview, which is patterned after the <i>DSM-III-R</i> and the fourth edition of the <i>DSM (DSM-IV</i> , American Psychiatric Association, 1994), assesses whether a child meets each of the PTSD criteria CPTSD-RI is a 20-item Likert-type scale which was designed to assess posttraumatic stress (<i>Frederick et al, 1992</i>).
Dykman, 1997	Internalizing and Externalizing Characteristics of Sexually and/or Physically Abused Children	N.R	Diagnostic Structured Interview for Children and Adolescents (DICA), structured interview (Reich, W., & Welner, Z., 1988)
Ford, 2009	Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents	Exposure to potentially traumatic events was assessed with 24 behaviorally specific items for sexual or physical assault or abuse victimization, witnessing violence, and direct exposure to disaster, serious accident, or threat of or actual serious injury (Kilpatrick DG, Saunders BE, 1995)	PTSD symptoms were assessed as “recent” (in the past 6 months) and “lifetime” (ever in the past) with items from the Diagnostic Interview Schedule, a validated epidemiological survey (Kilpatrick DG, Saunders BE, 1997) (Kilpatrick DG, Saunders BE, 1995)
Frounfelker, 2013	Trauma and posttraumatic stress disorder among transition-age youth with serious mental health conditions	Clinical record/ interview, by children	DSM-IV-TR/ Axis V Global Assessment of Functioning (GAF), interview given by children, by Psychiatrists and licensed master’s level clinicians (APA, 2000)
Giaconia, 1995	Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents	NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-R (DIS-III R), structured clinical interview to assess traumas, given by children (Reinherz et al., 1993a, Robins et al., 1989)	NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III-R (DIS-III R), DIS-III-R PTSD module, interview given by children, DSM-III-R (Reinherz et al., 1993a, Robins et al., 1989)
Glod, 1996	Relationship between Early Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Activity Levels in Prepubertal Children	Interview of parents and the children by the Social services	Semi-structured interviews (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Epidemiologic Version (Antich, 1987) Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach TM, Edelbrock, CS., 1983)

Hidalgo, 2015	The impact of childhood gender expression on childhood sexual abuse and psychopathology among young men who have sex with men	10-item version of the Early Sexual Experiences (ESE) Checklist, completed by Adolescents (Miller, Johnson, & Johnson, 1991).	Computerized version of the Diagnostic Interview Schedule (DISC-IV, structured interview by adolescents/ DSM-IV (Robins et al., 2000).
Hunt, 2011	Risky Business: Trauma Exposure and Rate of Posttraumatic Stress Disorder in African American Children and Adolescents	Trauma Symptoms Checklist for Children (TSCC), written self-report, by children(TSCC; Briere, 1996)	Posttraumatic Stress (PTS) scale of the TSCC/ UCLA PTSD Index, written self-report by children and parents DSM-IV (UCLA PTSD Index;Steinberg, Brymer, Decker, & Pynoos, 2004)
Lipschitz, 1999	Posttraumatic Stress Disorder in Hospitalized Adolescents:Psychiatric Comorbidity and Clinical Correlates	Traumatic Events Questionnaire-Adolescent version (TEQ-A) DSM-IV.(Lipschitz et al., 1999).	DICA-R, a structured interview based on DSM-III-R criteria, self-reported scales, the medical recordand the clinical treatment team(Reich et al., 1991).
McLeer, 1994	Psychiatric Disorders in Sexually Abused Children	Clinical history according to Russell's criteria forabuse severity, for the children. (Russell, 1983)	K-SADS-E (included PTSD section), interview both forthe children and the guardians separately. The interviewers were blind to the purpose of the study. (Orvaschel et al., 1982)
Munzer, 2016	Psychological Symptoms of Sexually VictimizedChildren and Adolescents Compared With OtherMaltreatment Subtypes	Semi-structured interview version of the JuvenileVictimization Questionnaire (JVQ), by children (JVQ; Hamby, Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2004)	German version of the semi structured diagnostic screening interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), including self-reports and caregiver reports (Delmo, Weifenbach, Gabriel, Marchia, &Poustka, 1998)/ self-reported post-traumatic stress symptoms (UCLAPTSD-RI total symptom score)/ Caregiver-reported posttraumatic stress symptoms (UCLAPTSD-RI total symptom score) (UCLA PTSD RI;Steinberg,Brymer,Decker,&Pynoos,2004)/ DSM-IV
Nöthling, 2017	Trauma type as a conditional risk factor for posttraumatic stress disorder in a referred clinic sample of adolescents	Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime version (K-SADS-PL) is a structured interview(Kaufman et al., 1997)	K-SADS-PL, a traumaticevent sub-scale (Kaufman et al., 1997)
Salazar, 2013	Trauma exposure and PTSD among older adolescentsin foster care	Self-reported responses to the initial trauma screener (Composite International Diagnostic Interview (CIDI), by the children. (World Health Organization, 1997)	Composite International Diagnostic Interview (CIDI),by children (World Health Organization, 1997) / DSM-IV.

Sanders, 2017	PTSD Symptoms Mediate the Relationship Between Sexual Abuse and Substance Use Risk in Juvenile Justice–Involved Youth	Structured clinical interview, youth self-report	Youth Self-Report (YSR) (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) /clinical interview/ DSM-IV-TR/ DSM-V
Ward, 2018	Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and correlates	Juvenile Victimization Questionnaire 11 interview given by children (Finkelhor et al., 2005)	Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC), written, completed by children (Briere et al., 2001)
Weierich, 2008	Posttraumatic Stress Symptoms Mediate the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Nonsuicidal Self-Injury	Child Trauma Questionnaire (CTQ). Written Questionnaire completed by the Participants (Bernstein et al., 1997).	The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia–Present and Lifetime Version (KSADS–PL). Interview to the participants (Kaufman et al., 1997).

N.R.: Not Reported

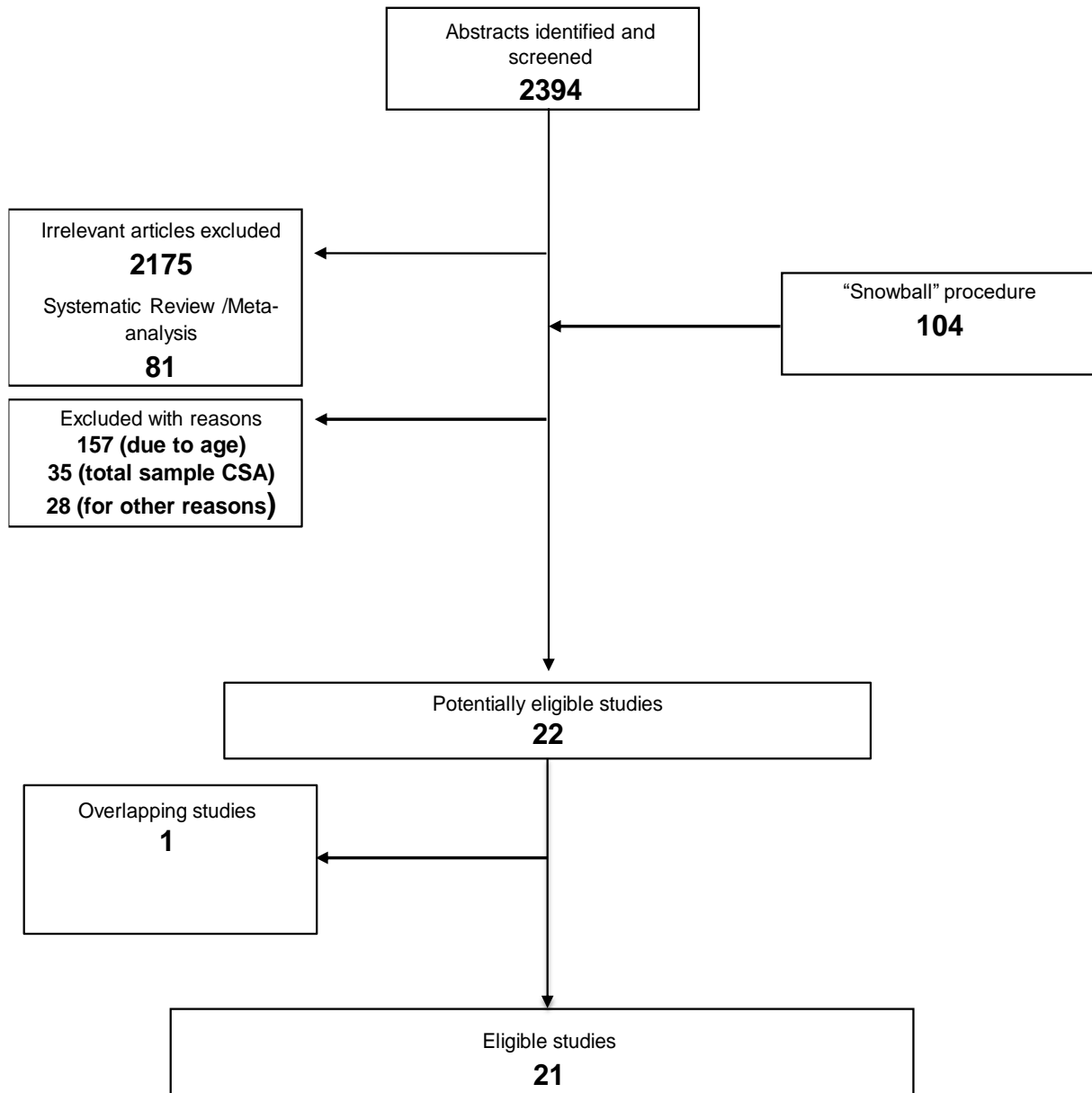
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 (TABLE 7): ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ NEWCASTLE-OTTAWA

First Author (year)	Selection/ Representativeness	Selection of non exposed	Ascertainment	Demonstration outcome	Comparability	Outcome, Assessment	Was follow- up long enough for outcomes to occur	Adequacy of follow- up of cohort	Total Score
Ackerman, 1998	0	1	1	0	1	1	N.A	N.A	4
Bernard-Bonnin, 2008	0	0	1	0	0	0	N.A	N.A	1
Brand, 1996	0	1	0	0	2	1	N.A	N.A	4
Conway, 2013	0	1	0	0	2	1	N.A	N.A	4
De Rose, 2016	0	1	1	0	1	1	N.A	N.A	4
Dubner, 1999	0	1	1	0	0	1	N.A	N.A	3
Dykman, 1997	0	1	0	0	0	1	N.A	N.A	2
Ford, 2009	1	1	0	0	2	0	N.A	N.A	4
Frounfelker, 2013	0	1	1	0	0	1	N.A	N.A	3
Giaconia, 1995	1	1	1	0	0	1	1	0	5
Glod, 1996	0	0	0	0	0	0	N.A	N.A	0
Hidalgo, 2015	0	1	0	0	1	1	1	0	4
Hunt, 2011	0	1	0	0	2	0	N.A	N.A	3
Lipschitz, 1999	0	1	0	0	1	1	N.A	N.A	3
McLeer, 1994	0	0	0	0	2	1	N.A	N.A	3
Münzer, 2016	1	1	0	0	0	0	N.A	N.A	2
Nothling, 2017	0	1	1	0	2	1	N.A	N.A	5
Salazar, 2013	0	1	0	0	2	1	N.A	N.A	4
Sanders, 2017	0	1	1	0	1	1	N.A	N.A	4

Ward, 2018	1	1	0	0	1	0	N.A	N.A	3
Weierich, 2008	1	1	0	0	0	1	N.A	N.A	3

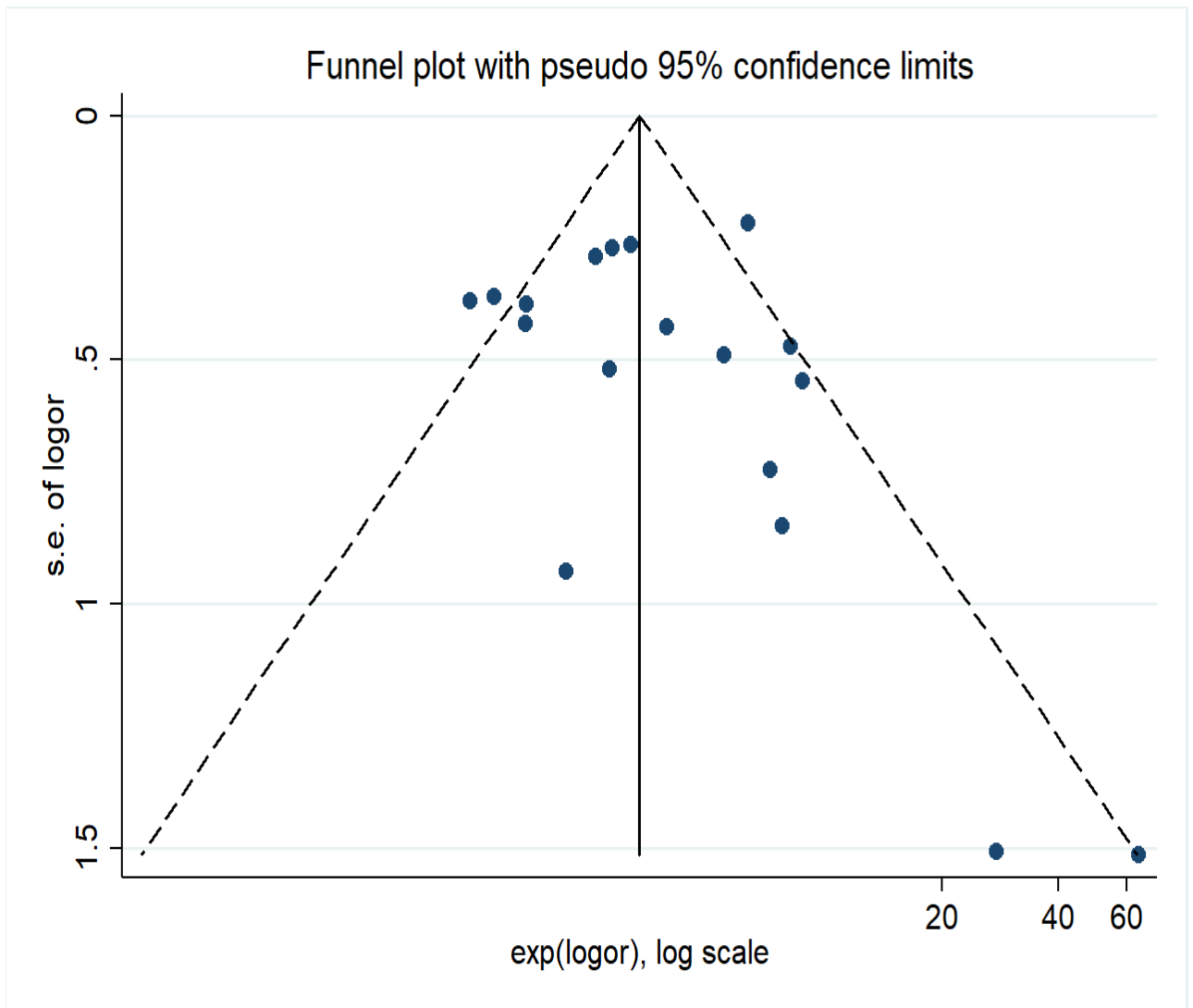
N.A. : not applicable

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ (FLOW CHART)



ΣΧΗΜΑ 4 (Figure 4): Διάγραμμα Ροής (Flow Chart)

ΣΧΗΜΑ 5 (Figure 5): Διάγραμμα Χωνιού (Funnel Plot) το οποίο απεικονίζει τη σημαντικότητα του σφάλματος δημοσίευσης στις υποομάδες της έρευνας σε σχέση με τον παράγοντα του φύλου



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Ackerman, P.T., Newton, J.E., McPherson, W.B., Jones, J.G. and Dykman, R.A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), pp.759–774.

Alaggia, R., Collin-Vézina, D. and Lateef, R. (2017). Facilitators and Barriers to Child Sexual Abuse (CSA) Disclosures: A Research Update (2000–2016). *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), pp.260–283.

Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Smith, J.M., Gibb, B.E. and Neeren, A.M. (2006). Role of Parenting and Maltreatment Histories in Unipolar and Bipolar Mood Disorders: Mediation by Cognitive Vulnerability to Depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(1), pp.23–64.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III).

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V).

Belleville, G., Dubé-Frenette, M. and Rousseau, A. (2019). Sleep disturbances and nightmares in victims of sexual abuse with post-traumatic stress disorder: an analysis of abuse-related characteristics. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), p.1581019.

Bennett, N. and O'Donohue, W. (2014). The Construct of Grooming in Child Sexual Abuse: Conceptual and Measurement Issues. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(8), pp.957–976.

Bernard-Bonnin, A., Hébert, M., Daignault, I. and Allard-Dansereau, C. (2008). Disclosure of sexual abuse, and personal and familial factors as predictors of post-traumatic stress disorder symptoms in school-aged girls. *Paediatrics & Child Health*, 13(6), pp.479-486.

Brand, E.F., King, C.A., Olson, E., Ghaziuddin, N. and Naylor, M. (1996). Depressed Adolescents with a History of Sexual Abuse: Diagnostic Comorbidity and Suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*

Cantón-Cortés, D., Rosario Cortés, M., Cantón, J. and Justicia, F. (2011). The effects of perpetrator age and abuse disclosure on the relationship between feelings provoked by child sexual abuse and posttraumatic stress. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(4), pp.451–461.

Cerezo, M.Á. and Pérez-García, E. (2019). Childhood Victimization by Adults and Peers and Health-Risk Behaviors in Adulthood. *The Spanish Journal of Psychology*, 22.

Conway, F., Talreja, P., McCarthy, J. and Conway, F. (2013). Thought and Language Disorder among Sexually Abused Children in a Psychiatric Hospital. *Psychological Reports*, 112(2), pp.340-352.

De Rose, P., Salvaguardia, F., Bergonzini, P., Cirillo, F., Demaria, F., Casini, M.P., Menghini, D. and Vicari, S. (2016). Current Psychopathological Symptoms in Children and Adolescents Who Suffered Different Forms of Maltreatment. *The Scientific World Journal*, pp.1–8.

- Dubner, A.E. and Motta, R.W. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), pp.367–373.
- Dykman, R., McPherson, B., Ackerman, P., Newton, J., Mooney, D., Wherry, J. and Chaffin, M. (1997). Internalizing and externalizing characteristics of sexually and/or physically abused children. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 32(1), pp.62-83.
- Feiring, C., Taska, L. and Lewis, M. (1999). Age and gender differences in children's and adolescents' adaptation to sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), pp.115–128.
- Ford, J., Elhai, J., Connor, D. and Frueh, B. (2010). Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(6), pp.545-552.
- Frounfelker, R., Klodnick, V., Mueser, K. and Todd, S. (2013). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder Among Transition-Age Youth With Serious Mental Health Conditions. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), pp.409-412.
- Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, A. and Cohen, E. (1995). Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(10), pp.1369-1380.
- Ginzburg, K., Koopman, C., Butler, L.D., Paresh, O., Kraemer, H.C., Classen, C.C. and Spiegel, D. (2006). Evidence for a Dissociative Subtype of Post-Traumatic Stress Disorder Among Help-Seeking Childhood Sexual Abuse Survivors. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), pp.7–27.
- Glod, C.A. and Teicher, M.H. (1996). Relationship between Early Abuse, Posttraumatic Stress Disorder, and Activity Levels in Prepubertal Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), pp.1384–1393.
- Gold, S.N., Hyman, S.M. and Andrés-Hyman, R.C. (2004). Family of origin environments in two clinical samples of survivors of intra-familial, extra-familial, and both types of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 28(11).
- Hébert, M., Langevin, R. and Daigneault, I. (2016). The association between peervictimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 193, pp.227–232.
- Hébert, M., Langevin, R. and Daigneault, I. (2016). The association between peervictimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 193, pp.227–232.
- Hicks White, A.A., Pratt, K.J. and Cottrill, C. (2018). The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite*, [online] 129, pp.62–69. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666317308619> [Accessed 25 Jul. 2019].
- Hidalgo, M.A., Kuhns, L.M., Kwon, S., Mustanski, B. and Garofalo, R. (2015). The impact of childhood gender expression on childhood sexual abuse and psychopathology among young men who have sex with men. *Child Abuse & Neglect*, 46, pp.103–112.
- Hunt, K.L., Martens, P.M. and Belcher, H.M.E. (2011). Risky business: Trauma exposure and rate of posttraumatic stress disorder in African American children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 24(3), pp.365–369.

ICD-10 online versions. (2008). *World Health Organization*.

International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). (2019). *World Health Organization*.

Joiner, T.E. and Van Orden, K.A. (2008). The Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), pp.80–89.

Lipschitz, D., Winegar, R., Hartnick, E., Foote, B. and Southwick, S. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Hospitalized Adolescents: Psychiatric Comorbidity and Clinical Correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4), pp.385-392.

Marques, L., Robinaugh, D.J., LeBlanc, N.J. and Hinton, D. (2011). Cross-cultural variations in the prevalence and presentation of anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(2), pp.313–322.

Mathews, S., Sikweyiya, Y. and Jewkes, R. (n.d.). *7 sexual abuse Lizle Loots*. [online] Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/dbfb/b2b99fc050623b2fadacb89b7468fa919049.pdf> [Accessed 10 Jan. 2020].

McLeer, S., Callaghan, M., Henry, D. and Wallen, J. (1994). Psychiatric Disorders in Sexually Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), pp.313-319.

Molnar, B.E., Buka, S.L. and Kessler, R.C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health*, [online] 91(5), pp.753–60. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446666/> [Accessed 26 Jul. 2019].

Münzer, A., Fegert, J. and Goldbeck, L. (2016). Psychological Symptoms of Sexually Victimized Children and Adolescents Compared With Other Maltreatment Subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 25(3), pp.326-346.

Nöthling, J., Simmons, C., Suliman, S. and Seedat, S. (2017). Trauma type as a conditional risk factor for posttraumatic stress disorder in a referred clinic sample of adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 76, pp.138–146.

Nöthling, J., Suliman, S., Martin, L., Simmons, C. and Seedat, S. (2016). Differences in Abuse, Neglect, and Exposure to Community Violence in Adolescents With and Without PTSD and Depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(21–22), pp.4357–4383.

Nurcombe, B. (2000). Child Sexual Abuse I: Psychopathology. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), pp.85–91.

PUTNAM, F.W. (2003). Ten-Year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), pp.269–278.

Rosen, G.M. (2005). *Posttraumatic stress disorder : issues and controversies*. Chichester, West Sussex, England: J. Wiley.

Salazar, A., Keller, T., Gowen, L. and Courtney, M. (2012). Trauma exposure and PTSD among older adolescents in foster care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(4), pp.545-551.

Sanders, J., Hershberger, A., Kolp, H., Um, M., Aalsma, M. and Cyders, M. (2017). PTSD Symptoms Mediate the Relationship Between Sexual Abuse and Substance Use Risk in Juvenile Justice–Involved Youth. *Child Maltreatment*, 23(3), pp.226-233.

- Schnyder, U., Bryant, R.A., Ehlers, A., Foa, E.B., Hasan, A., Mwititi, G., Kristensen, C.H., Neuner, F., Oe, M. and Yule, W. (2016). Culture-sensitive psychotraumatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), p.31179.
- Scott, K.M., Koenen, K.C., King, A., Petukhova, M.V., Alonso, J., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Jonge, P., Haro, J.M., Karam, E.G., Lee, S., Medina-Mora, M.E., Navarro-Mateu, F., Sampson, N.A., Shahly, V., Stein, D.J., Torres, Y., Zaslavsky, A.M. and Kessler, R.C. (2017). Post-traumatic stress disorder associated with sexual assault among women in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, [online] 48(1), pp.155–167.
- Shidhaye, R., Mendenhall, E., Sumathipala, K., Sumathipala, A. and Patel, V. (2013). Association of somatoform disorders with anxiety and depression in women in low and middle income countries: A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 25(1), pp.65–76.
- Sinko, L., Burns, C.J., O'Halloran, S. and Saint Arnault, D. (2019). Trauma Recovery Is Cultural: Understanding Shared and Different Healing Themes in Irish and American Survivors of Gender-based Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, p.088626051982928.
- Spokas, M., Wenzel, A., Stirman, S.W., Brown, G.K. and Beck, A.T. (2009). Suicide risk factors and mediators between childhood sexual abuse and suicide ideation among male and female suicide attempters. *Journal of Traumatic Stress*, [online] 22(5), pp.467–470. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2767398/> [Accessed 16 Feb. 2019].
- Stewart, S. (2005). Suicidality, interpersonal trauma and cultural diversity: a review of the literature. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(2), pp.108–128.
- Sunley, A.K., Lok, A., White, M.J., Snijder, M.B., van Zuiden, M., Zantvoord, J.B. and Derks, E.M. (2020). Ethnic and sex differences in the association of child maltreatment and depressed mood. The HELIUS study. *Child Abuse & Neglect*, [online] 99, p.104239. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213419304168> [Accessed 9 Dec. 2019].
- Swain, K.D., Pillay, B.J. and Kliewer, W. (2017). Traumatic stress and psychological functioning in a South African adolescent community sample. *South African Journal of Psychiatry*, 23.
- Tener, D. and Katz, C. (2019). Preadolescent Peer Sexual Abuse: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, p.152483801986910.
- Ullman, S.E. (2007). Relationship to Perpetrator, Disclosure, Social Reactions, and PTSD Symptoms in Child Sexual Abuse Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(1), pp.19–36.
- Valentine, S.E., Marques, L., Wang, Y., Ahles, E.M., Dixon De Silva, L. and Alegría, M. (2019). Gender differences in exposure to potentially traumatic events and diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) by racial and ethnic group. *General Hospital Psychiatry*, 61, pp.60–68.
- Ward, C.L., Artz, L., Leoschut, L., Kassanjee, R. and Burton, P. (2018). Sexual violence against children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and correlates. *The Lancet Global Health*, 6(4), pp.e460–e468.
- Weierich, M. and Nock, M. (2008). Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), pp.39–44.

Wismayanti, Y.F., O'Leary, P., Tilbury, C. and Tjoe, Y. (2019). Child sexual abuse in Indonesia: A systematic review of literature, law and policy. *Child Abuse & Neglect*, 95, p.104034.

Wolf, M.R. and Pruitt, D.K. (2019). Grooming Hurts Too: The Effects of Types of Perpetrator Grooming on Trauma Symptoms in Adult Survivors of Child Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(3), pp.345–359.

Yehuda, R., Teicher, M.H., Trestman, R.L., Levengood, R.A. and Siever, L.J. (1996). Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: A chronobiological analysis. *Biological Psychiatry*, 40(2), pp.79–88.

Yuchang, J., Junyi, L., Junxiu, A., Jing, W. and Mingcheng, H. (2017). The Differential Victimization Associated With Depression and Anxiety in Cross-Cultural Perspective: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(4), pp.560–573.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αβραμικά, Μ., 2013. Παιδική Κακοποίηση και Παρεμβάσεις. *Επιστημονικά Χρονικά* 18(3): 146-151.

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., 1982. Κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού σήμερα, *Παιδιατρική*, 46(5-6), σελ. 409-417.

Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., 1998. Οδηγός για την αναγνώριση και αντιμετώπιση της κακοποίησης. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αθήνα

Αντωνίου, Α.Σ., & Ξυπολιτά, Ε., 2005. Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες σε παιδιά και εφήβους. Στο Κούτρας, Σ. επιμ. *Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ*. Ο ρόλος των γονέων και των εκπαιδευτικών. Αθήνα: Ταξιδευτής

Γιωτάκος, Ο. & Πεκρατέ, Β., 2006. Σεξουαλική Κακοποίηση. *Μυστικό; Όχι Πια!* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Γλυνιαδάκη, Κ., Κυριαζή, Α. & Μουρτζάκη, Μ., 2018. Η ενδοοικογενειακή βία κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Η οπτική των επαγγελματιών και προτάσεις βελτίωσης των εφαρμοζόμενων πολιτικών. Αθήνα: Actionaid

Λάγγαρη, Β., 2006. Η Ενδοοικογενειακή σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού ως έκφραση της οικογενειακής δυσλειτουργίας. Στο Γιωτάκος, Ο. & Πεκρατέ, Β. επιμ. . επιμ. *Σεξουαλική Κακοποίηση. Μυστικό; Όχι Πια!* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Σ. 46-68.

Παπαδόδημα, Σ., Σακελλιάδης, Ε.Ι., Σπηλιοπούλου Χ., 2006. Ιατροδικαστική διερεύνηση του Σεξουαλικά κακοποιημένου παιδιού. Στο Γιωτάκος, Ο. & Πεκρατέ, Β. επιμ. *Σεξουαλική Κακοποίηση. Μυστικό; Όχι Πια!* Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Σ. 103-118.

Τσίτσικα, Α. & Γιωτάκος, Ο., 2016. *ΚΑΙ ΞΑΦΝΙΚΑ ΟΛΑ ΑΛΛΑΖΟΥΝ...Η συναρπαστική περίοδος της εφηβείας*. Αθήνα: Πεδίο

Τσίτσικα, Α. & Τζαβέλα, Ε., 2016. Χρήση Τεχνολογίας και Κοινωνικών Δικτύων στην Εφηβεία: Προκλήσεις και αναπτυξιακές ευκαιρίες. Στο Τσίτσικα, Α. & Γιωτάκος, Ο. επιμ. *ΚΑΙ ΞΑΦΝΙΚΑ ΟΛΑ ΑΛΛΑΖΟΥΝ...Η συναρπαστική περίοδος της εφηβείας*. Αθήνα: Πεδίο. Σ. 155-182.

Χριστοπούλου, Α., 2008. *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία του Ενήλικα*. Αθήνα: Τόπος

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ

elearn.kethea.gr. ΚΕΘΕΑ Elearn: Log in to the site.[online] Available at: https://elearn.kethea.gr/pluginfile.php/1405/mod_resource/content/1/PTSD%20%28Basic%20Handouts%29.pdf [Accessed 15 Feb. 2020].

Eliza. ΕΛΙΖΑ – Εταιρία κατά της Κακοποίησης του Παιδιού. [online] Available at: <https://eliza.org.gr/> [Accessed 15 Feb. 2020].

Mathews, S., Sikweyiya, Y. and Jewkes, R. *7 sexual abuse Lize Loots*. [online] Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/dbfb/b2b99fc050623b2fadacb89b7468fa919049.pdf> [Accessed 10 Jan. 2020].

Psychiatry.org. (2009). *What is PTSD?* [online] Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>

Understanding child sexual abuse. <https://www.apa.org>. [online] Available at: <https://www.apa.org/pi/about/newsletter/2011/12/sexual-abuse>.

WHO. WHO/ Protecting Children. [online] Available at: https://www.who.int/uv/intersunprogramme/activities/uv_protectchildren/en/.

WHO. WHO | Download the World report on violence and health. [online] Available at: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/ [Accessed 15 Feb. 2020].

www.moec.gov.cy. ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΟΤΗΤΑΣ. [online] Available at: http://www.moec.gov.cy/seapp/stratigiki_sexoualiki_kakopoiisi.html [Accessed 15 Feb. 2020].

www.opengov.gr. Άρθρο 03 – Τροποποιήσεις του ν. 3500/2006 | Υπουργείο Δικαιοσύνης. [online] Available at: <http://www.opengov.gr/ministryofjustice/?p=8953> [Accessed 15 Feb. 2020].

www.psychiatriki-journal.g. Περιοδικό Ψυχιατρική. [online] Available at: http://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=748&Itemid=130&lang=el [Accessed 15 Feb. 2020].

www.ptsd.va.gov. Matthew J. Friedman, MD, PhD – PTSD: National Center for PTSD. [online] Available at: https://www.ptsd.va.gov/about/divisions/executive/friedman_m.asp [Accessed 15 Feb. 2020].

Νικολαΐδης Γ. Βία κατά των ανηλίκων. [online] Available at: http://www.esdy.edu.gr/files/011_Ygeias_Paidiou/Koinonikh_Paidiatrikh_tei_mathimata/1_Bia_enantion_paidion.pdf.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ

Achenbach TM, Edelbrock CS (1983), Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340–348.
- Briere J, Johnson K, Bissada A, et al. *The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): reliability and association with abuse exposure in a multi-site study*. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 1001–14.
- Clinical Assessment at Arkansas Children's. Reprint requests should be addressed to Peggy T. Ackerman, Pediatrics/C.A.R.E. Unit, Arkansas Children's Hospital, 800 Marshall Street, Little Rock, AR 72202.
- Delmo, C., Weifenbach, O., Gabriel, M., Marchia, E., & Poustka, F. (1998). *Kiddie-SADS Present und Lifetime Version (K-SADS-PL): Deutsche Forschungsversion*. Frankfurt am Main, Germany: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Frankfurt.
- Finkelhor D, Hamby SL, Ormrod R, Turner H. *The juvenile 96ictimization questionnaire: reliability, validity, and national norms*. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 383–412.
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2004). *The Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Institute.
- Herjanic B, Campbell W (1977), Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structured interview. *Abnorm Child Psychol*5:127-134
- J. Briere, *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa, Fla, USA, 1996
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36: 980–8, <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. A., Rao, U., & Ryan, N. D. (1997). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children, Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980–988.
- Kilpatrick DG, Saunders BE. *National survey of adolescents in the United States, 1995* (Computer file). ICPSR version. Charleston, SC: Medical University of South Carolina (producer), 1999. Ann Arbor, MI: Interuniversity Consortium for Political and Social Research (distributor), 2000.
- Kilpatrick DG, Saunders BE. *Prevalence and Consequences of Child Victimization. Results From the National Survey of Adolescents: Final Report*. Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, 1997.
- Lipschitz OS, Winegar RK, Harnick E, Foote B, Southwick SM (1999) .*Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatient s*. *J Nero Ment Dis* 187:32-39
- Meyer-Bahlburg HFL, Ehrhardt M, Exner TM, Gruen RS (1991), *Sexual Risk Behavior Assessment Schedule-Youth*. New York: New York State Psychiatric Institute and College of Physicians and Surgeons of Columbia University
- Miller, R., Johnson, J., & Johnson, J. (1991). *Assessing the prevalence of unwanted childhood sexual experiences*. *Journal of Psychology and Human Sexuality*,4, 43–54.

- Murray, H. (1943) Thematic Apperception Test: manual. Cambridge: Harvard Univer. Press
- Orvaschel H, Puig-Antich J (1987), The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version (KiddieSADS-E). Pittsburgh: University of Pittsburgh
- Orvaschel H, Puig-Antich J, Chambers W, Tabrizi MA, Johnson R (1982), Retrospective assessment of child psychopathology with the KiddieSADS-E *J Am Acad Child Psychiatry* 21:392-397
- Reich W, Shayaka JJ, Taibleson C (1991), *Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)*. St. Louis: Washington University
- Reich, W., & Welner, Z. (1988). DICA-R-C (DSM-III-R version) (rev. ver. 5-R). St. Louis, MO: Washington University
- Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES, Pakiz B, Frost AK (1993a), Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:369-377.
- Robins L, Helzer J, Cottler L, Goldring E (1989), *NIMH Diagnostic Interview Schedule Version III Revised*. St. Louis: Washington University Department of Psychiatry.
- Robins, L. N., Cottler, L. B., Bucholz, K. K., Compton, W. M., North, C. S., & Rourke, K. M. (2000). *Diagnostic Interview Schedule for the DSM-IV (DIS-IV)*.
- Russell D (1983), *The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children*. *Child Abuse Negl* 7:133-146
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992): The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49:624-629.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Gibbon, M., First, M.B. (1990) Structured Clinical Interview for the DSM-III-R-Patient Edition (SCID-P), *Biometrics Research*.
- Steinberg, A. M., Brymer, M. J., Decker, K. B., & Pynoos, R. S. (2004). *The University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction index*. *Current Psychiatry Reports*, 6(2), 96–100. Doi:10.1007/s11920-004-0048-2
- T. M. Achenbach, Manual for the Child Behaviour Checklist 6–18 and 2001 Profiles, University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington, Vt, USA, 2001
- Wolfe VV. Measuring posttraumatic stress disorder: The Children's Impact of Traumatic Events Scale – Revised. *APSAC Advisor* 1996;9:25-6
- World Health Organization (1997) *Composite International Diagnostic Interview (CIDI Core): version 2.1*. World Health Organization, Geneva
- Wyatt G (1988), Wyatt Sexual History Interview. Los Angeles: UCLA

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Κάθε συμβάν σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, καθώς και κατά την περίοδο της νεαρής ενήλικης ζωής, δύναται να προκαλέσει ποικίλες και σοβαρές επιπτώσεις τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική υγεία των επιζώντων. Λόγω της σημαντικότητας του φαινομένου, αρκετές έρευνες εστιάζουν στη διερεύνηση της αιτιολογικής συσχέτισης μεταξύ της υφιστάμενης σεξουαλικής κακοποίησης και της μεταγενέστερης εκδήλωσης διαφόρων μορφών ψυχοπαθολογίας.

Σκοπός: Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση πραγματοποιήθηκε προσπάθεια να διαφωτιστεί ο ρόλος συγκεκριμένων τροποποιητών, οι οποίοι ενδέχεται να επιδρούν στην εκδήλωση των μετατραυματικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα αναλύθηκε ο ρόλος της γεωγραφικής καταγωγής των συμμετεχόντων (γεωγραφική και πολιτισμική καταγωγή), καθώς επίσης και οι οικογενειακοί τροποποιητές, όπως η σχέση του θύματος με το θύτη, καθώς και ο βαθμός στον οποίο η μεταξύ τους οικογενειακή σύνδεση ενδέχεται να επηρεάσει στην εκδήλωση των υπό μελέτη συμπτωμάτων.

Υλικό-Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν αγόρια και κορίτσια έως 21 ετών, σεξουαλικά κακοποιημένα ή μη, με ή χωρίς συμπτώματα Διαταραχής Μετατραυματικού Stress. Οι έρευνες διεξήχθησαν εντός σχολικών ή ιατρικών πλαισίων, εντός φορέων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και στα πλαίσια της κοινότητας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή των ερευνών αποτέλούσε το να αναφέρουν συγκεκριμένη συσχέτιση μεταξύ παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης και Διαταραχής Μετατραυματικού Stress.

Αποτελέσματα: Αναφορικά με τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης, επιβεβαιώθηκε η αρχική ερευνητική υπόθεση ότι και στις τρεις ηπείρους (Αφρική, Καναδά/Η.Π.Α., Ευρώπη) εντός των οποίων πραγματοποιήθηκαν οι έρευνες, οι σεξουαλικά κακοποιημένοι συμμετέχοντες, ανεξαρτήτως φύλου ή άλλων παραμέτρων εκδήλωσαν υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Stress, σε σχέση με τους μη σεξουαλικά κακοποιημένους συμμετέχοντες. Επιπροσθέτως, βάσει των ερευνητικών δεδομένων των ερευνών και της σχετικής βιβλιογραφίας, τα χαρακτηριστικά του θύτη και η σχέση του με το θύμα (μέλος της οικογένειας ή μη) φάνηκε να ασκούν επίδραση στην εκδήλωση των προαναφερθέντων συμπτωμάτων.

Συζήτηση: Συνοψίζοντας βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης, η σεξουαλική κακοποίηση φαίνεται να αποτελεί έναν από τους

σημαντικότερους προγνωστικούς παράγοντες στην εμφάνιση συμπτωματολογίας σχετιζόμενης με τη Διαταραχή Μετατραυματικού Stress.

Family and cultural modifiers of the interrelation of sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis

ABSTRACT

Introduction: Every incident of sexual abuse during childhood, adolescence and young adulthood have various and serious effects on both the physical and mental health of survivors. Due to the significance of the above mentioned phenomenon, several studies have focused on investigating the causal relationship between the existing sexual abuse and the subsequent development of various psychopathological symptoms.

Objectives: This systematic review and meta-analysis, consists an effort to clarify the role of specific modifiers that probably influence the development of the post traumatic symptoms. Specifically, the role of the participants' geographical origin (geographical and cultural background), as well as the family modifiers, such as the relationship of the victim with the perpetrator and their probable family interrelation may influences the occurrence of the symptoms.

Material and Method: The sample consisted of boys and girls up to 21 years of age, sexually abused or not, with or without Post Traumatic Stress Disorder Symptoms. The eligible studies were conducted in schools, medical settings, non-hospital mental health facilities and in community centers. A prerequisite for the eligible studies was to report a specific association between child sexual abuse and Posttraumatic Stress Disorder.

Results: Based on the results of the systematic review and meta-analysis the initial scientific question was confirmed in three continents (Africa, Canada / USA, Europe). The sexually abused participants irrespectively of the gender or other parameters reported higher levels of Post Traumatic Stress Disorder symptoms, than the non-sexually abused participants. In addition, based on the research data of the eligible studies and the relevant bibliography, both the perpetrator's characteristics and his relationship with the victim (family member or not) appeared to influence the onset of the PTSD symptoms.

Discussion: In conclusion based on the outcome of the present systematic review and meta-analysis, sexual abuse seems to be one of the most significant prognostic factors in the development of symptoms related to the Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Prisma Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	Cover page
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	p. 98-100
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	p.1-41
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	p.41-44
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	p.41-42
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	p.41-44
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	p.42
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	p.42
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	p. 41-42

Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	p. 42-43
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	p. 43
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	p. 43
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	p.43-44
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis.	p. 43-44

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	p. 43-44
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	p. 44
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	p. 44-45 p. 62-81 p. 88
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	p. 62-71
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	p. 43 p. 86-87
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	p. 53-54 p. 59-61
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	p. 54-55

Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	p. 54-55
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	-
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	p. 55-57
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	p. 57-58
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	p. 58
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	-